



Universidade de Aveiro
2019

Escola Superior de Saúde de Aveiro

**Ana Laura
Mendonça de Aviz
Branco**

**SUPERVISÃO EM ENSINO CLÍNICO DE
ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR:
VIVÊNCIAS SIGNIFICATIVAS DOS
ENFERMEIROS SUPERVISORES**



**Ana Laura
Mendonça de Aviz
Branco**

**SUPERVISÃO EM ENSINO CLÍNICO DE
ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR:
VIVÊNCIAS SIGNIFICATIVAS DOS
ENFERMEIROS SUPERVISORES**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar, realizada sob a orientação científica do Doutor João Filipe Fernandes Lindo Simões, Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde de Aveiro - Universidade de Aveiro e coorientação científica da Doutora Conceição Rainho, Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

Dedico este momento ao meu filho Diego e ao meu marido
Miguel Branco.

O júri

Presidente

Professora Doutora Marília dos Santos Rua
Professora Coordenadora S/ Agregação, Universidade de Aveiro

Vogal – Arguente
Principal

Professor Doutor Maria Augusta Pereira da Mata
Professora Adjunta, Instituto Politécnico de Bragança

Vogal - Orientador

Professor Doutor João Filipe Fernandes Lindo Simões
Professor Adjunto, Universidade de Aveiro

Agradecimentos

Agradeço imensamente a paciência e dedicação dos meus orientadores e professores, que ao longo desta trajetória sempre se mostraram presentes e preocupados com a minha aprendizagem. Esse afeto e acolhimento por parte dos professores é essencial para darmos seguimento aos nossos sonhos.

Agradeço à minha família pelo apoio incondicional nesta fase da minha vida.

Agradeço a paciência e colaboração do professor Doutor João Filipe Fernandes Lindo Simões, que no decorrer deste percurso, incentivou-me a persistir neste caminho árduo do conhecimento.

Agradeço às minhas colegas de equipa Fernanda, Catarina e Angelica, por todo o apoio ao longo deste percurso. Fico muito grata principalmente pela amizade e companheirismo.

Agradeço às enfermeiras das USF's e USCP que contribuíram para realização deste trabalho, pela troca de experiências, pelo tempo despendido e pela flexibilidade por parte de cada uma.

Agradeço ao meu amigo irmão Osmael e meu esposo Miguel Branco que também contribuíram para que eu pudesse concretizar o meu sonho, obrigada por sempre acreditarem em mim.

Agradeço a todos aqueles que fazem parte deste momento, aos colegas do curso que sempre me ajudaram, aos novos familiares que ganhei e conquistei neste tempo.

Agradeço a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para me sentir incentivada e apoiada como estudante.

Palavras-chave

Vivências significativas; Ensino clínico; Supervisão clínica; Enfermagem de Família.

Resumo

O Ensino Clínico constitui-se como um importante componente na formação em Enfermagem, sendo fundamental para o desenvolvimento de competências do futuro enfermeiro, assim como para um primeiro contacto com a realidade da prática. A supervisão clínica apresenta, então, um papel de relevo neste processo, servindo para orientar, acompanhar e apoiar o estudante, tendo como principal objetivo a facilitação da aprendizagem e a promoção do seu desenvolvimento profissional e pessoal.

O presente estudo tem como objetivo analisar as percepções e introspeções de enfermeiros supervisores especializados em contexto da enfermagem de saúde familiar, sobre a supervisão em ensino clínico tendo em conta as suas vivências significativas.

Recorreu-se a uma metodologia qualitativa, desenvolvendo-se um estudo exploratório-descritivo, com o objetivo de explorar e descrever o fenómeno da supervisão clínica em Enfermagem. Para tal realizaram-se entrevistas a 10 enfermeiros supervisores especializados em saúde familiar. Os dados obtidos foram analisados recorrendo à técnica de análise de conteúdo de Bardin.

Como resultados a supervisão clínica tem como objetivo principal a orientação e acompanhamento dos estudantes de enfermagem, proporcionando o contacto com a prática clínica real de enfermagem. Para a supervisão clínica é muito importante o desenvolvimento da prática reflexiva assim como de uma relação positiva entre o supervisor e o estudante. Para ser responsável pela supervisão, o enfermeiro especialista tem de possuir certas características tais como: conhecimentos técnicos e científicos atualizados, capacidade de relação interpessoal, empatia e promover a prática reflexiva. As vivências significativas são muito importantes para o desenvolvimento da prática clínica funcionando como marcos de aprendizagem, que permitem o avanço do saber dentro da enfermagem.

As conclusões obtidas vão no sentido da grande importância da implementação da supervisão clínica para um desenvolvimento profissional eficaz, para que melhores enfermeiros sejam formados, melhorando assim a qualidade dos serviços de saúde, uma melhor organização das unidades clínicas e um aumento da satisfação dos enfermeiros.

Keywords

Significant experiences; Clinical teaching; Clinical supervision; Family Nursing.

Abstract

The Clinical Teaching is an important component in Nursing training, being fundamental for the development of skills of the future nurse, as well as for a first contact with the reality of the practice. Clinical supervision then plays an important role in this process, serving to guide, accompany and support the student, with the main objective of facilitating learning and promoting their professional and personal development.

The aim of this study is to analyse the perceptions and introspections of nurse supervisors specialized in family health on supervision in clinical teaching, considering their significant experiences.

A qualitative methodology was used, and an exploratory-descriptive study was developed with the purpose of exploring and describing the phenomenon of clinical supervision in Nursing. To that end, interviews were applied to 10 supervising nurses specialized in family health. The data were analysed using the Bardin content analysis technique.

As a result, clinical supervision has as main objective the orientation and follow-up of nursing students, providing the contact with the actual clinical practice of nursing. For clinical supervision, the development of reflective practice as well as a positive relationship between supervisor and student is very important. To be responsible for supervision, the specialist nurse must have certain characteristics such as: up-to-date technical and scientific knowledge, good interpersonal skills, empathy and promote reflective practice. Significant experiences are very important for the development of clinical practice, functioning as learning frameworks that allow the advancement of knowledge within nursing.

The conclusions reached point to the great importance of implementing clinical supervision for effective professional development so that better nurses can be trained, thus improving the quality of health services, better organization of clinical units and an increase in nurses' satisfaction.

Abreviaturas e siglas

CDE – Código Deontológico de Enfermagem

CS – Centros de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

SCE – Supervisão Clínica em Enfermagem

SNS- Sistema Nacional de Saúde

TIC – Técnica de Incidentes Críticos

UCSP – Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

USF – Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	13
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	15
1.1. A ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR.....	15
1.2. A FORMAÇÃO INICIAL EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR E O ENSINO CLÍNICO	21
1.3. SUPERVISÃO EM ENSINO CLÍNICO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR	26
2. METODOLOGIA	31
2.1. PROBLEMÁTICA EM ESTUDO	31
2.2. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS.....	32
2.3. TIPO DE ESTUDO.....	33
2.4. PARTICIPANTES NO ESTUDO.....	34
2.5. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	35
2.6. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	36
2.7. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS	38
3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	39
3.1. CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DA AMOSTRA.....	39
3.2. RESULTADOS EMERGENTES DA ANÁLISE INTERPRETATIVA DOS DADOS	40
3.2.1. Perspetivas do Enfermeiro de Saúde Familiar acerca da supervisão em contexto clínico	41
3.2.2. Função do supervisor clínico em enfermagem de saúde familiar	43
3.2.3. Perfil do supervisor clínico em enfermagem de saúde familiar	45
3.2.4. Perceção do enfermeiro de saúde familiar acerca das vivências significativas em ensino clínico	47
3.2.5. Perceção do enfermeiro de saúde familiar acerca da reflexão em ensino clínico	48
3.2.6. Vivências significativas na supervisão clínica em enfermagem de saúde familiar	49
3.2.7. Aprendizagens nas vivências significativas na supervisão clínica em enfermagem de saúde familiar.....	51
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	53

5. CONCLUSÕES	65
5.1. SÍNTESE DOS PRINCIPAIS RESULTADOS	65
5.2. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	67
5.3. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA E TRABALHO FUTURO	67
RERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
APÊNDICES	81
Apêndice 1 – Instrumento de recolha de dados	83
Apêndice 2- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	87
Apêndice 3 – Matriz temática da análise de conteúdo	91
ANEXOS.....	109
ANEXO 1- PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE DE AVEIRO	111

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Unidades De Competências Em Saúde Familiar	18
Tabela 2: Caracterização sociodemográfica dos participantes	39
Tabela 3: Caracterização profissional dos participantes	40
Tabela 4: Resultados da análise de conteúdo para a área temática “Perspetivas do Enfermeiro de Saúde Familiar acerca da supervisão em contexto clínico”	42
Tabela 5: Resultados da análise de conteúdo para a área temática “Funções do supervisor clínico em enfermagem de saúde familiar”	44
Tabela 6: Resultados da análise de conteúdo para a área temática “Perfil do supervisor clínico em enfermagem de saúde familiar”	46
Tabela 7: Resultados da análise de conteúdo para a área temática “Perceção do enfermeiro de saúde familiar acerca das vivências significativas em ensino clínico”	47
Tabela 8: Resultados da análise de conteúdo para a área temática “Perceção do enfermeiro de saúde familiar acerca da reflexão em ensino clínico”	49
Tabela 9: Resultados da análise de conteúdo para a área temática “Vivências significativas na supervisão clínica em enfermagem de saúde familiar”	50
Tabela 10: Resultados da análise de conteúdo para a área temática “Aprendizagens nas vivências significativas na supervisão clínica em enfermagem de saúde familiar”	51

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Níveis de abordagem à família (Hanson, 2005).....	19
Figura 2: Funções da Supervisão Clínica	28

INTRODUÇÃO

O ensino clínico representa o primeiro contato do futuro enfermeiro com a prática clínica, dando-se assim o início do processo de socialização profissional (Arco, 2005), que irá ser responsável pela aquisição de novos conhecimentos e a consolidação do saber adquirido durante a parte teórica do ensino no Curso de Licenciatura em Enfermagem, desenvolvendo-se e contextualizando o saber-ser e o saber-fazer em enfermagem (Carvalho, 2003).

O principal objetivo do ensino clínico é a aquisição das competências de enfermagem para que os estudantes se tornem habilitados para exercer a profissão, sendo que este processo de ensino/aprendizagem deve ser construído tendo como base a experiência em contextos reais e concretos, privilegiando-se a complementaridade entre a teoria e a prática (OE, 2015).

Para o desenvolvimento das competências de enfermagem é necessário que se verifique a articulação e a colaboração entre as escolas e as instituições de saúde, de modo a que a teoria e a prática se influenciem mutuamente.

O ensino clínico deve ser orientado por profissionais experientes, processo que tem o nome de supervisão clínica. Assim, e de acordo com Alarcão & Tavares (2007) a supervisão clínica pode ser definida como um processo em que um profissional com as competências técnicas e científicas necessárias, assim como a experiência, orienta o estudante no seu desenvolvimento profissional e pessoal com o objetivo de monitorizar a prática através de procedimentos de experimentação e reflexão.

A presente investigação visa a abordagem das vivências significativas dos enfermeiros supervisores e das suas conceções acerca da supervisão em ensino clínico e da enfermagem de saúde familiar. Assim, a reflexão aqui apresentada tem como ponto de partida as vivências particulares de enfermeiros que exercem a sua atividade em Unidades de Saúde Familiar ou Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados e que tenham participado no processo de supervisão de alunos em ensino clínico de Enfermagem de Saúde Familiar.

A finalidade do presente trabalho está relacionada com a realização de uma reflexão com base em introspeções sobre parâmetros, princípios e valores que regem o enfermeiro especializado enquanto profissional de saúde familiar. Pretende-se, pois, aprofundar o conhecimento do fenómeno em estudo, no sentido de reconhecer a sua posição real, as perceções e as experiências das pessoas envolvidas de acordo com as suas vivências significativas.

De forma a dar resposta à questão de investigação: *Quais as vivências significativas de enfermeiros de saúde familiar no processo de supervisão em ensino clínico de Enfermagem de*

Saúde Familiar? apresentamos numa primeira parte o estado da arte acerca da enfermagem de saúde familiar, da formação inicial em enfermagem de saúde familiar e do ensino clínico e, por fim, a supervisão em ensino clínico de enfermagem de saúde familiar.

A segunda grande parte do trabalho, centra-se na descrição da metodologia, abordando a problemática em estudo, a questão de investigação e objetivos, o tipo de estudo, os participantes, o instrumento de recolha de dados, os procedimentos de recolha de dados e considerações éticas e os procedimentos de análise dos dados.

De seguida apresentam-se os resultados obtidos com a presente pesquisa, iniciando-se por fazer uma descrição geral dos participantes em estudo, para se passar de seguida a fazer a apresentação dos resultados que emanaram da análise de conteúdo das entrevistas realizadas. Segue-se a discussão dos resultados e as respetivas conclusões do estudo.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo, apresentamos os resultados da revisão bibliográfica realizada acerca dos principais temas relacionados com a formação de estudantes de enfermagem, na área da Saúde Familiar, e os princípios inerentes ao processo de supervisão clínica na aprendizagem clínica realizada nesta área. Assim, iniciamos por fazer uma contextualização da evolução da Enfermagem de Saúde Familiar e a descrição dos princípios da enfermagem de família como ciência e profissão. Em seguida, apresentamos uma contextualização do ensino clínico em enfermagem de saúde familiar, para posteriormente, fazermos um enquadramento dos principais conceitos e estudos na área da supervisão clínica em ensino clínico de enfermagem de saúde familiar.

1.1. A ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

A profissão de enfermagem é responsável por prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, ao longo do seu ciclo de vida, e aos grupos sociais em que está integrado, com o objetivo de manter, melhorar e recuperar a saúde, de forma a atingir a sua capacidade máxima funcional, no menor tempo possível (REPE, 2011). Assim, e de acordo com Nunes (2016), as mudanças ocorridas no paradigma da prestação de cuidados, em particular ao nível dos cuidados de saúde primários, colocaram novos desafios aos enfermeiros. Segundo a mesma autora, estamos assim perante uma nova conceção de enfermagem. Uma conceção centrada no trabalho com a família, sendo esta entendida como uma unidade chave na produção de saúde, surgindo o enfermeiro de saúde familiar como o pivot da equipa multidisciplinar, corresponsável pelos cuidados a serem prestados. Neste sentido, o enfermeiro deve procurar, juntamente com a família, a melhor forma de integrar a prestação de cuidados, resultantes da alteração de saúde, das dinâmicas familiares diárias e, se necessário, mobilizar recursos existentes na comunidade (Pires, 2016).

O contexto de desenvolvimento da enfermagem de família transpôs-se através de fusões entre várias teorias, que nortearam as pesquisas em enfermagem e influenciaram grandes teóricos, principalmente no campo das abordagens e cuidados de saúde prestados às famílias. A enfermagem de família como profissão foi alvo também de estudos da “Era Florence”, a qual constatou a importância de um ambiente saudável, principalmente no domicílio, tendo evidenciado que a preparação do ambiente social para receber a pessoa era parte fundamental para a continuidade do tratamento no sentido de alcançar a homeostasia (Cardoso, Felizardo & Januário, 2000).

Segundo Araújo (2014), Florence defendia a importância dos cuidados primários na família, ou seja, estimulavam-se os elementos das famílias a cuidarem uns dos outros, além de promover e

fomentar a implementação de grupos que ensinavam os cuidados primários às famílias. Também Bomar (2004) afirma que os outros fatores que contribuíram para a progressão dos cuidados com as famílias, foram os focos e objetivos de cuidados estabelecidos por entidades e organizações de saúde. Veja-se, por exemplo, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2008) que reforça a importância dos cuidados de saúde primários devido ao facto de em alguns países as mães sofrerem de complicações no parto e sem acesso a apoio qualificado, crianças que não tem acesso a vacinas, entre outros como condições miseráveis ao nível habitacional. “Vemos o empobrecimento resultante do pagamento direto de cuidados devido à falta de seguro de saúde. Estas e muitas outras realidades quotidianas personificam os retrocessos inaceitáveis e evitáveis no desempenho dos nossos sistemas de saúde” (OMS, 2008, p. viii).

Em Portugal, nos séculos XIX e XX, a assistência médica competia às famílias, às instituições privadas e aos serviços médico-sociais da Previdência, mas foi pela Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, que foi instituída uma rede de instituições e serviços prestadores de cuidados globais de saúde a toda a população, financiada através de impostos, em que o Estado salvaguarda o direito à proteção da saúde: foi criado o Serviço Nacional de Saúde. A organização dos serviços de saúde sofreu, ao longo dos tempos, a influência de conceitos políticos, económicos, sociais e religiosos de cada época e foi-se concretizando para dar resposta aos problemas de saúde então identificados, mas também para “conservar” – isto é, promover – a saúde dos povos, na expressão utilizada por Pedro Hispano e Ribeiro Sanches (<https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/historia-do-sns>).

A partir dos anos 50, houve uma evolução ao nível do conhecimento, baseando-se em perspetivas das teorias das Ciências Sociais, Terapia Familiar e de enfermagem (Write & Leahey, 2005). A partir da década de 90 a enfermagem de família ganha força e desenvolvem-se novas pesquisas científicas no campo da intervenção com famílias. Outros fatores que influenciaram este desenvolvimento foram a evolução das teorias de enfermagem, assim como a construção de vários instrumentos através dos quais se podem avaliar as famílias (Araújo, 2014; Bomar, 2004; Figueiredo, 2012).

Em 2010 a ordem dos enfermeiros,” (...) *reconhece que o enfermeiro de família é o elo de ligação entre famílias e outros profissionais, assim como com os recursos da comunidade*. A sua área de intervenção centra-se nos cuidados gerais e específicos nas diferentes fases do ciclo de vida. De acordo com Pires (2016), no contexto das Unidades de Saúde Familiar (USF) os cuidados à família devem ser assegurados por um enfermeiro experiente que possa proporcionar aconselhamento sobre estilos de vida saudável e interação com a família.

De acordo com Figueiredo (2012), o desenvolvimento de pesquisas no campo da área da saúde familiar, possibilitou rever questões epistemológicas que trouxeram novos paradigmas e teorias de enfermagem que ao emergirem na interação do mundo empírico, facilitaram a compreensão desta área.

Segundo Luís (2012), as competências da enfermagem de família passam pelas categorias essenciais aos cuidados prestados às famílias, assumindo-se uma importância relevante e indiscutível no cenário atual, na qual se reconhece que os cuidados de enfermagem para com as famílias sejam diferenciados. “*A enfermagem de família passa pela disponibilização de cuidados de enfermagem, efetuando, em articulação com a restante equipa de saúde, a avaliação da situação de saúde e das fases da vida, relativamente ao seu grupo de famílias*” (p. 86). No âmbito do exercício das suas funções, o enfermeiro de família, considerando a família como unidade de cuidados, promove a capacitação da mesma, face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento, designadamente: a) Desenvolvendo o processo de cuidados em colaboração com a família e estimulando a participação significativa dos seus membros em todas as fases daquele processo; b) Focalizando-se na família como um todo e nos seus membros individualmente e prestando cuidados nas diferentes fases da vida da família; c) Avaliando e promovendo as intervenções que se mostrem mais adequadas a promover e a facilitar as mudanças no funcionamento familiar, de acordo com as decisões estabelecidas no âmbito da coordenação da equipa multiprofissional (Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de agosto, art. 4.º).

A enfermagem de família, enquanto área disciplinar, reconhece o sistema familiar como promotor da saúde dos seus membros (Nunes, 2016). Neste sentido, as competências do enfermeiro de saúde familiar, centram-se na família e no seu contexto, em todo o processo do ciclo vital da família (ver Tabela 1).

Desta evolução gradual resulta uma abordagem da enfermagem centrada na Família, que mostra que cuidar da família é um dos primordiais interesses da enfermagem. Assim a intervenção de enfermagem deverá ser no sentido de desenvolvimento familiar, com a perceção que o enfermeiro não trabalha para a família, é sim com a família, respeitando sempre a sua autonomia e a sua capacidade de decisão, em função dos seus valores e crenças (Potter & Perry, 2001), favorecendo, naturalmente, as relações promotoras de saúde e bem-estar (Figueiredo & Martins, 2010).

Estas diversas teorias centradas nas práticas de cuidados com as famílias permitem aos enfermeiros ter uma compreensão diversa sobre a abordagem às famílias. Desta forma, a integração das várias teorias permite que os enfermeiros “vejam as famílias, a partir de uma variedade de perspetivas que aumentam a probabilidade das intervenções selecionadas serem

implementadas pela família, porque se encaixam na estrutura, processos, e estilo de funcionamento daquela família” (Hanson, 2005, p. 57).

Tabela 1: Unidades de Competências em Enfermagem de Saúde Familiar (Nunes, 2016).

Unidades de Competência em Enfermagem de Saúde familiar
1.1. Reconhece a complexidade do sistema familiar, considerando as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto-organização, que lhe confere uma organização estrutural específica.
1.2. Concebe a família como uma unidade em transformação, sujeita a transições normativas decorrentes dos seus processos desenvolvimentais inerentes ao ciclo vital.
1.3. Desenvolve o processo de cuidados em colaboração com a família, estimulando a participação significativa dos membros da família em todas as fases do mesmo.
2.1. Realiza a avaliação, qualquer que seja o contexto da prestação de cuidados à família, nas dimensões estrutura, desenvolvimento e funcionamento.
2.2. Reconhece situações de especial complexidade formulando respostas adequadas aos processos globais inerentes ao desenvolvimento familiar
2.3. Realiza e avalia intervenções de modo a promover e a facilitar as mudanças no funcionamento familiar.

No entanto, os autores Wright & Leahey (2005) apesar de concordarem com a visão anteriormente defendida de Hanson (2005), afirmam que se deve adotar uma definição clara, de forma a que rapidamente e claramente identifiquem as forças e as fraquezas das famílias, planejar as intervenções e proporcionar um foco para a intervenção.

Nesta área, ao nível dos peritos internacionais destacam-se Friedman (1998) e, posteriormente, Friedman, Bowden & Jones (2003), que contextualizam quatro níveis de prática profissional da enfermagem de família, nomeadamente:

1º Nível - A família é considerada um contexto, sendo o indivíduo o cliente;

2º Nível - A família é vista como a soma das partes, pois os diferentes elementos da família são todos e cada um por si focos de enfermagem;

3º Nível - O foco de atenção são os subsistemas da família;

4º Nível - A família é o cliente.

Friedman (1998) relaciona os níveis da prática da enfermagem de família e os níveis de competência apresentados por Benner e afirma que os enfermeiros iniciados e os competentes produzem práticas dirigidas para o indivíduo integrado numa família. No caso dos enfermeiros iniciados, estes ainda não são dotados de competências que lhes permitam prever reações complexas da família como resultado da sua intervenção, no entanto nos enfermeiros proficientes e peritos estas competências já são visíveis.

Na mesma forma de pensamento, Bomar (1996 citado em Hanson, 2005), definiu cinco níveis da prática de enfermagem de família, nos quais do primeiro ao terceiro nível (principiante, principiante experiente e competente), o cliente é o indivíduo no contexto familiar e só nos quarto e quinto níveis, o cliente passa a ser a família. Nesta perspetiva, são os enfermeiros especialistas com graus de mestre (e com experiência) e doutor que possuem competência para modificar o foco de contexto para unidade de cuidados.

Hanson (2005) na sua obra destaca quatro níveis de abordagem à família na área da prática, investigação e educação em enfermagem de família, e considera que o nível utilizado depende do contexto dos cuidados, das circunstâncias familiares e dos recursos dos enfermeiros. Neste sentido, seguem os quatro níveis de diferentes abordagens:

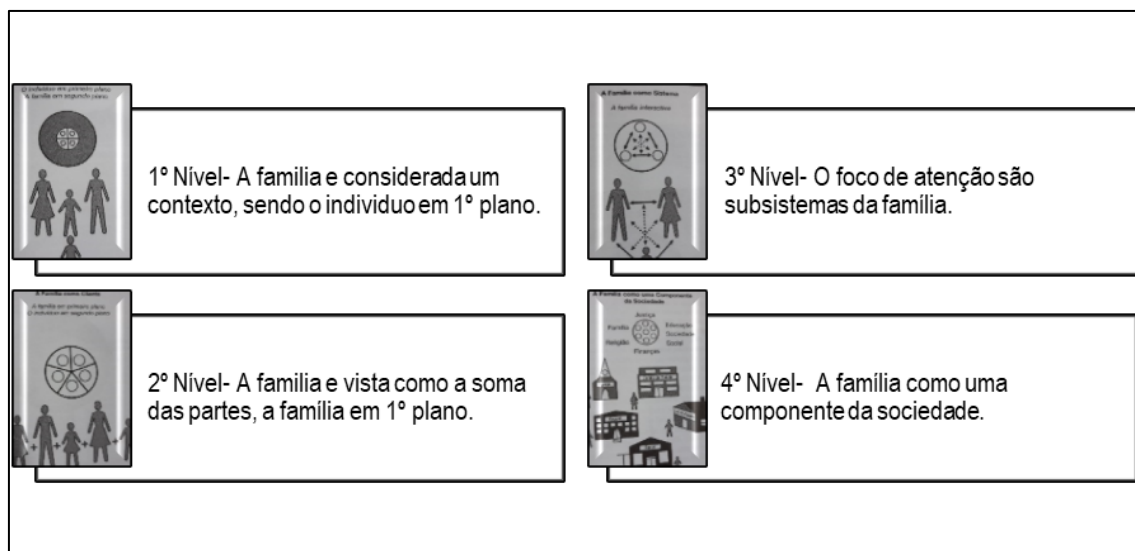


Figura 1: Níveis de abordagem à família (Hanson, 2005, p.11)

O 1.º nível – A família é considerada em contexto, sendo o indivíduo em 1.º plano – este nível abrange uma perspetiva mais tradicionalista, colocando o indivíduo em primeiro plano e a família

em segundo. Deste modo, os cuidados de enfermagem têm como centro a avaliação e os cuidados a um cliente, onde a família é o contexto (Hanson, 2005);

O 2.º nível – A família é vista como a soma das partes, a família em 1.º plano – este nível coloca a família em primeiro plano e os indivíduos em segundo, logo a família é vista como a soma dos seus elementos e o foco está em cada um, onde cada pessoa é avaliada e os cuidados são prestados a todos os indivíduos da família. Assim, o centro é a avaliação de todos os membros da família. Esta abordagem inclui os enfermeiros de família que prestam cuidados a todos os membros da família nos cuidados comunitários (Hanson, 2005);

O 3.º nível – O foco de atenção são os subsistemas da família – neste nível as intervenções dos enfermeiros centram-se para as interações entre os membros da família, logo os enfermeiros dirigem os cuidados simultaneamente para os indivíduos e para as famílias, bem como para os subsistemas familiares (Hanson, 2005);

O 4.º nível – A família como uma componente da sociedade – neste nível a família é vista como uma instituição dentro da sociedade, semelhante a outras instituições de saúde, de ensino, de solidariedade, religiosas ou económicas. A família é vista como um todo e interage com as outras instituições (Hanson, 2005).

Podemos concluir que as teorias de enfermagem fornecem aos enfermeiros diferentes perspetivas da enfermagem e dos fenómenos da enfermagem, as quais têm origem em aceitáveis princípios filosóficos de enfermagem e do desenvolvimento de conhecimento complementar relacionados com os conceitos fundamentais, problemas e objetivos da disciplina (Neto *et. al.*, 2016).

Verificamos assim que existem diversas teorias, abordagens ou perspetivas a este nível da enfermagem na saúde familiar, ocorrendo algumas divergências nas diferentes perspetivas dos peritos internacionais.

1.2. A FORMAÇÃO INICIAL EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR E O ENSINO CLÍNICO

Em Portugal, a formação do enfermeiro a partir de 1988, entra para o nível de ensino superior, com reconhecimento de grau académico pelo Sistema Educativo Nacional (Rua, 2011), tendo como foco principal a formação do enfermeiro, com aquisições de conhecimentos técnicos, científicos e deontológicos e aptidões humanizadas para exercer a profissão (Araújo, 2014; Rua, 2011). Neste contexto, o ensino em enfermagem de família requer competências e abordagens para cuidados à família como unidade de cuidados (Luís, 2012; Hanson, 2005).

A formação superior em enfermagem deverá promover uma educação sólida, cultural, técnica, teórica e prática (Rua, 2011), potenciando processos formativos de qualidade no contexto profissional da enfermagem (Cunha, Vieira & Macedo, 2017). Os autores Silva & Silva (2004) reforçam a importância de a formação do enfermeiro integrar a parte teórico e a prática, destacando mesmo a parte prática da formação como essencial para o desenvolvimento das competências e habilidades na prática de enfermagem.

Verifica-se então que a formação dos enfermeiros em 1988 foi um marco histórico na enfermagem em Portugal, contribuindo para uma grande mudança nesta área, atualização de conhecimentos e aprofundamento dos mesmos, conferindo à profissão de enfermagem um maior valor e importância. Neste sentido, os enfermeiros concederam à formação um lugar de destaque na sua vontade de mudança e acompanhamento dos tempos (Costa, 2012).

Esta mudança e o caminho que se tem percorrido ao longo dos tempos tem contribuído para que a formação dos futuros enfermeiros tenha vindo a ser alvo de profundas reflexões, tendo a mesma reconhecido que a qualidade das suas respostas, face às crescentes exigências sociais, está dependente da aprendizagem clínica (Costa, 2012).

A sua atual formação graduada é caracterizada pela alternância entre um período teórico, ministrado em sala de aula, seguido por outro de natureza prática em contexto clínico. Através da componente teórica do curso, pretende-se que o estudante adquira um conjunto de competências consideradas fundamentais para o desenvolvimento de uma prática estruturada e alicerçada na qualidade dos cuidados prestados (Pinto, 2011).

Depois, apesar da autonomia das Escolas Superiores de Enfermagem e Escolas Superiores de Saúde, a quem cabe definir as unidades curriculares e respetivos objetivos e condições dos programas formativos, o ensino clínico é uma componente fundamental para o desenvolvimento de competências que habilitam ao exercício da profissão de Enfermeiro e, como tal, a supervisão dos ensinamentos clínicos só pode caber a um Enfermeiro, sob pena de não ser atribuído pela OE o

título de Enfermeiro (OE, 2018). Trata-se, no fundo, da primeira experiência clínica do estudante de enfermagem.

Nesta linha de pensamento Carvalho (2003) também defende a importância dos ensinamentos clínicos na área da enfermagem tendo em conta que os estudantes chegam às unidades de cuidados de saúde com um conjunto de saberes teóricos já adquiridos, portanto com os ensinamentos clínicos conseguem pô-los em prática. Os ensinamentos clínicos são tão importantes como a componente teórica. Deste modo, Carvalho (2003) percebe o ensino clínico como “(...) a formação em cuidados de enfermagem pela qual o estudante (...), realiza um conjunto de ações que é essencial para o formando junto ao utente ou a um grupo integrado numa equipa e em contacto com o indivíduo, são ou doente e ou comunidade, aprende a planear, prestar e avaliar os cuidados globais de enfermagem exigidos com base nos conhecimentos e aptidões adquiridos.” (p.25).

Verifica-se assim esta importância do processo de aprendizagem em contexto clínico, o qual tem sido um alvo privilegiado da investigação em enfermagem nos últimos vinte anos (Alarcão & Abreu, 2010).

Este processo de aprendizagem em contexto clínico que temos vindo a falar, constitui o caminho para a transição do estudante de enfermagem para o papel de prestador profissional de cuidados (Abreu, 2007), permitindo-lhe assim desenvolver a sua autonomia, identidade e emancipação profissionais. Após esta etapa, o profissional de enfermagem está muito mais preparado para elaborar uma reflexão crítica da prática, baseada em evidências científicas que influenciem corretamente as suas decisões.

Não podemos descurar que o ensino clínico deve ser dotado de uma atividade de elevada exigência, na qual a qualidade da aprendizagem dos estudantes é central a todo o processo formativo, considerando-se que “(...) o processo de adesão psicológica ao mundo do trabalho, numa ótica de transição para o primeiro emprego; faculta aos estudantes as bases para a definição de “uma consciência de si” e “definição de si” como futuro profissional” (Abreu, 2003, p.13-14).

Watson (2002) destaca também a importância da progressão da enfermagem quer a nível científico quer a nível prático, a qual contribuiu para o aparecimento de um novo modelo em que as atividades académicas não deverão estar dissociadas do contexto prático. Tal como Watson, também Fernandes (2010) destaca o caráter essencialmente prático desta profissão, necessitando na sua opinião de haver uma reflexão sobre o processo de trabalho e as competências essenciais ao desempenho da profissão (Abreu, 2007).

Deste modo, o paradigma tecnicista foi perdendo vantagem e dando lugar a uma epistemologia da prática (Pires, 2016). Verificou-se assim uma necessidade de repensar os modelos de formação, incrementando a exigência no desenvolvimento de competências. Neste sentido, e com a

introdução do Processo de Bolonha¹, adaptado também aos cursos superiores de enfermagem, o ensino passa a focar-se no estudante e nas suas necessidades de aprendizagem, tornando-o um elemento ativo no seu processo contínuo de formação.

A formação dos futuros profissionais de enfermagem deve assumir-se cada vez mais como uma parceria entre as instituições de ensino e de saúde, no sentido de os dotar de competências alicerçadas em conhecimentos sólidos, capacidade de inovação, de trabalho em equipa (Macedo, 2012), com sentido crítico e reflexivo, de forma a gerir a incerteza e a complexidade dos cuidados prestados. Este facto pressupõe que uma parte significativa da formação académica seja realizada em contexto clínico, sendo necessária a colaboração dos profissionais da prática, peritos na sua área de intervenção e capazes de incutir no estudante o desenvolvimento de competências em coerência com o modelo preconizado pela escola (Alarcão & Tavares, 2003).

A formação em enfermagem exige processos pedagógicos inovadores, com estratégias promotoras da aprendizagem dos estudantes nos contextos de formação, que deverão ser facilitadoras do seu desenvolvimento no processo de prestação de cuidados (Spínola & Amendoeira, 2014). Assegurar esta socialização dos futuros enfermeiros à profissão é, sem dúvida, uma responsabilidade da escola (Silva *et. al.*, 2011) em parceria com os contextos de saúde.

Segundo Simões & Garrido (2007), é através da aquisição de competências em ensino clínico que os alunos adquirem identidade e características profissionais próprias, para além de, poderem desenvolver um saber contextualizado.

Esta integração e transposição de saberes pelos estudantes, em cada contexto, é tão mais consciente quanto melhor for realizada a articulação e a alternância entre a instituição de ensino e as organizações de saúde (Amendoeira, 2009; Rua, 2011). Nesta perspetiva, o ensino clínico promove a formação interdisciplinar e contextualizada do estudante, contribuindo para que assimile a cultura dos cuidados de enfermagem, desenvolva atitudes, integre e mobilize os conhecimentos adquiridos no ensino teórico e desenvolva competências profissionais, uma vez

¹ O Processo de Bolonha é um processo de cooperação intergovernamental no domínio do ensino superior que reúne 48 países europeus, orientando os esforços coletivos das autoridades públicas, universidades, professores e estudantes, em conjunto com associações, empregadores, agências de garantia da qualidade, organizações internacionais e instituições, incluindo a Comissão Europeia, para melhorar a internacionalização do ensino superior.

Os principais objetivos do processo de Bolonha são:

- a introdução do sistema de três ciclos (licenciatura/mestrado/doutoramento)
- o reforço da garantia da qualidade
- a simplificação do reconhecimento das qualificações e dos períodos de estudo.

que oferece um contexto de aprendizagem que favorece o contacto com a prática na sua previsibilidade e imprevisibilidade (Alarcão & Rua, 2005).

Contribui, por um lado, para dar suporte de confiança e, por outro, promover o desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo (Simões & Garrido, 2007), autónomo e responsável (Silva *et. al.*, 2011), na medida em que, segundo Carvalho (2003), possibilita a prática de cuidados de saúde em situações reais com pessoas reais.

No âmbito do ensino clínico de enfermagem de saúde familiar, o contexto real de aprendizagem reveste-se igualmente de elevada importância. Aqui o estudante tem a oportunidade de conhecer a realidade, ainda em contexto de aprendizagem, das dinâmicas diárias de um enfermeiro de saúde familiar, pode interagir com as famílias e conhecer a comunidade onde estão inseridas, para além de tomar conhecimento prático dos cuidados, sempre numa ótica de trabalho em equipa, sem recorrer, segundo Carvalho (2003), a modelos e a pessoas fictícias, mas antes, e sobretudo, a situações reais. Desta forma, ganha experiência, confiança, segurança, competências de comunicação interpessoais, autonomia e, entre outras, capacidade de reflexão das suas práticas (Rua, 2011; Simões & Garrido, 2007).

Nesse sentido, a dinâmica do ensino em saúde, em particular em saúde familiar, deverá priorizar a aquisição de competências em contextos reais de aprendizagem, em contacto direto com as famílias e a comunidade e, na opinião de Rua (2011), os Centros de Saúde (CS) são os locais privilegiados para o ensino clínico em saúde familiar, possibilitando ao enfermeiro experienciar técnicas e procedimentos, adquirir habilidades, promover a segurança e desenvolver atitudes profissionais.

Pegando na temática da aquisição de competências, ser um excelente profissional de enfermagem requer um conhecimento de uma série de técnicas e habilidades, mas também a valorização das necessidades psicológicas da pessoa saudável ou doente. Portanto, não basta somente possuir os conhecimentos teóricos e práticos, mas também ter sensibilidade e entender o lugar do outro, neste caso do utente, não o tratando como um objeto e nunca esquecendo que do outro lado estão pessoas. Assim, Serrano *et al.* (2011, p. 16) explicam que “o processo de cuidar, muitas vezes desligado da pessoa, enquanto corpo sujeito, coloca o desafio no desenvolvimento de capacidades, conhecimentos e recursos, ou seja, no desenvolvimento de competências”.

Os autores Zurriaga & Luque (1995) manifestam-se também concordando com os anteriores autores, e assim defendem também que o enfermeiro deve possuir uma elevada capacidade empática, isto é, deve saber colocar-se no lugar do outro, e ter noção que ao adotar estratégias psicológicas em ambiente hospitalar, adquirirá benefício tanto para o utente como para si próprio.

Serrano *et. al.* (2011) também se dedicaram analisar o desenvolvimento de competências em enfermagem e definem que o desenvolvimento de competências é composto:

“ (...) de relações que se estabelecem nos comportamentos observados, sustentados pelos vários paradigmas, e a existência de vários tipos de saberes mobilizados pela enfermagem (saber empírico ou ciência de enfermagem, saber do domínio do conhecimento científico; saber ético; saber pessoal; saber estético ou arte de enfermagem), mobilizam no enfermeiro competências cognitivas (raciocínio lógico, resolução de problemas); competências afetivas (a arte de cuidar); e competências estéticas e reflexivas (o conhecimento de si e a transferência para outras situações)” (p.16).

Podemos concluir que a profissão de Enfermagem é caracterizada pela arte de cuidar com o ser humano, quer seja individualmente, na família ou em comunidade. Esta arte de cuidar pode ser efetuada de forma autónoma ou ser composta por equipas de promoção e proteção da saúde e prevenção e recuperação de doenças (Souza, 2014). Portanto, e pela pesquisa bibliografia efetuada, podemos dizer que o exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal entre o enfermeiro e uma pessoa, ou um grupo de pessoas (família ou comunidade), na qual o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite entender e respeitar o outro, num quadro onde procura abster-se de juízos valorativos face a pessoa a quem se presta cuidados de enfermagem (Conselho de Enfermagem, 2003).

No que diz respeito ao Código Deontológico do Enfermeiro, as intervenções de enfermagem são desenvolvidas com a preocupação de preservar a liberdade, assim como a dignidade da pessoa humana e do profissional de enfermagem (Souza, 2014), “pelo que se devem observar na relação profissional valores universais como: a igualdade, a liberdade responsável, com a capacidade de escolha tendo em atenção, a verdade, a justiça, a solidariedade, a competência e o aperfeiçoamento profissional (artigo 78.º)”(p. 26).

Nos últimos anos temos assistido as alterações estruturantes no que à saúde diz respeito. O paradigma da assistência ao utente tende a centralizar-se na prevenção da doença, no seu bem-estar e na relação que este estabelece com o meio ambiente. Este conceito tornou-se mais amplo e completo, abrangendo de um modo global as necessidades dos utentes em matéria de cuidados.

A evolução tecnológica e científica desta área elementar da humanidade, numa era de globalização, exigiu assim dos seus profissionais o desenvolvimento de competências focadas na ação em conformidade com o contexto, implicando uma mobilização, integração e transferência de saberes adquiridos em contexto de formação profissional. Segundo Rua (2011), todos os fatores acima descritos obrigam os profissionais de saúde “(...) a uma constante atualização dos saberes e das competências, numa atitude permanente ao longo da vida” (p.1).

1.3. SUPERVISÃO EM ENSINO CLÍNICO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

O processo educativo dos estudantes de enfermagem em ensino clínico assume-se como uma fase fundamental da sua formação (Silva *et al.*, 2011), pois, como referido anteriormente, é através da prática que o estudante aprofunda e ultrapassa o conhecimento meramente teórico (Aguar, 2013). É aqui que a realidade dos cuidados de enfermagem começa, verdadeiramente, a ser interiorizada, a partir da realidade observada nos serviços (Simões, Alarcão & Costa, 2008). No entanto, assegurar esta componente da formação, com a qualidade que lhe é exigida, só é possível com base na colaboração sólida entre as organizações envolvidas e os enfermeiros que participam nos processos de supervisão dos estudantes de enfermagem em ensino clínico (Silva *et al.*, 2011).

Ao debruçarmos a pesquisa bibliográfica no termo Supervisão Clínica, verificamos que este termo foi adquirindo maior relevância no seio da enfermagem ao longo dos últimos anos. Verificamos este facto facilmente através da investigação e literatura disponível nesta área, a qual somente nos últimos anos se tem desenvolvido e se encontra maiores referências bibliografias ao termo em questão (supervisão clínica).

O termo Supervisão Clínica encontra-se geralmente interligado com a orientação dos estudantes de enfermagem em ensino clínico e com a formação prática dos enfermeiros. Ou seja, a supervisão clínica enquadra-se na formação de enfermagem, uma vez que é percecionada como um processo de acompanhamento de competências clínicas, quer por parte dos estudantes quer dos enfermeiros. No que diz respeito a este acompanhamento das competências dos profissionais de enfermagem, o autor Garrido (2005) define este processo como uma “(...) colaboração formal estruturada que ajuda os profissionais a desenvolver competências pessoais e profissionais, conhecimento e valores de humanidade durante o seu percurso profissional” (p.28). Ou seja, este acompanhamento dota o profissional de enfermagem de uma compreensão aprofundada do exercício da sua profissão, da responsabilidade inerente à mesma e do conhecimento que pode desenvolver através das práticas clínicas (Garrido, 2005). Resumidamente, podemos afirmar que o profissional de enfermagem desenvolve conhecimentos até já adquiridos, permite-lhe desenvolver uma reflexão crítica e análise sobre os procedimentos, entre outros.

Neste acompanhamento que temos vindo a referir no parágrafo anterior, destacam-se as práticas supervisoras, as quais são inicialmente definidas por Alarcão & Tavares (2003), e a posteriori por Rua (2011), como um processo em que uma pessoa experiente e bem informada orienta o

estudante no desenvolvimento humano, educacional e profissional, numa atitude de monitorização sistemática da prática sobretudo através de procedimentos de reflexão e experimentação. Esta visa o desenvolvimento de competências no supervisionado e deve promover neste, uma atitude de confiança e de responsabilidade pela qualidade do ensino (Abreu, 2007). Neste sentido, o papel dos supervisores revela um grande impacto neste acompanhamento das competências dos enfermeiros, pois revela uma grande importância no que diz respeito à compreensão das situações por parte dos estudantes, sabendo como e quando atuar e a sistematizar o conhecimento que emerge desta interação entre a ação e o pensamento (Alarcão & Tavares, 2003).

Na opinião de Pinto (2011), o supervisor apresenta um papel de “um mediador da aprendizagem do estudante, um motivador, um incentivador, um investigador, (...) um sujeito ativo que atende às necessidades individuais do grupo que tem sob a sua orientação” (p.261). O mesmo deverá ser dotado de características profissionais e pessoais, que auxiliem os estudantes na obtenção de novos conhecimentos, competências, comportamentos e atitudes.

Neste contexto, a supervisão em ensino clínico segue padrões sistemáticos para organização dos modelos adotados e dirigidos para a prática supervisiva, sendo estes importantes para nos permitirem estruturar ideias e fenómenos. Na opinião de Garrido, Simões & Pires (2008), “(...) na supervisão clínica os modelos dirigem-se às finalidades e ao alvo de supervisão” (p.16), sendo classificados como três modelos essenciais: relação supervisiva; funções dos papéis desempenhado; e modelos desenvolvimentais (Abreu, 2007). Proctor (1991, citado em Abreu, 2007) destaca a supervisão clínica como componente necessário ao desenvolvimento profissional, definindo assim três funções essenciais ao desenvolvimento das práticas da SCE.

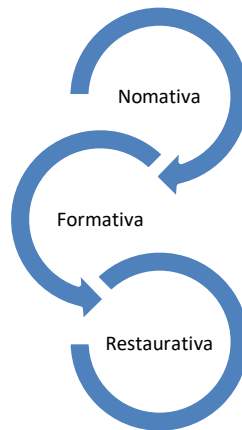


Figura 2: Funções da Supervisão Clínica (Abreu, 2007)

De acordo com o mesmo autor, passamos a explicar em que consistem estas três funções: as funções normativas estão diretamente ligadas ao desempenho das tarefas destinadas a promover os cuidados em saúde, requerendo a complexidade da formação e requisitos técnicos científicos para garantir a qualidade dos cuidados; as funções formativas requerem o conhecimento e desenvolvimento pessoal, sendo a fase formativa o marco do desempenho do estudante, é a função que corresponde ao momento de adquirir competências e identidade profissional; a fase restaurativa corresponde ao momento de suporte e apoio necessário para adaptação, identificação de problemas do supervisionado, é uma fase de fortalecimento e aconselhamento por parte do supervisor.

Na opinião dos autores Alarcão & Rua (2005), o papel do supervisor assenta num conjunto de atividades a um elemento que assume um conjunto de funções. Para além do acompanhamento do seu trabalho, o supervisor assume o papel de motivar e incentivar, dialogar, esclarecer e encaminhar o estudante para uma meta previamente determinada, atingindo objetivos. Por sua vez, Simões (2004) acrescenta outras atividades a este papel do supervisor, como por exemplo ensinar, instruir, treinar, aconselhar e avaliar, evidenciando-se como sendo o apoio e suporte do aluno. Por outras palavras, o supervisor é um mediador dos processos de aprendizagem e de desenvolvimento do estudante (Simões *et al.*, 2008).

Consequentemente, e segundo Simões *et al.* (2008), o supervisor deve estar atento às necessidades formativas, às motivações, às capacidades e competências profissionais do formando (do estudante de enfermagem), de forma a adequar a sua intervenção e comunicação. No seu papel, o supervisor pode apresentar-se como o modelo para o estudante, logo é fundamental que detenha conhecimentos pedagógicos e seja reconhecido e valorizado no papel que desempenha (Simões, 2004). Deste modo, o estudante de enfermagem quererá seguir esse modelo.

Ainda neste seguimento, Simões & Garrido (2007) efetuaram um estudo qualitativo com intuito de identificar a finalidade das estratégias que são utilizadas no processo de supervisão de alunos em ensino clínico de enfermagem e as quais dão maior ênfase. Neste estudo foi utilizado como instrumento de recolha de dados a *narração de episódios significativos*, numa população de enfermeiros tutores em ensino clínico de enfermagem. Verificaram que os enfermeiros utilizaram estratégias de supervisão com a finalidade de encorajar os estudantes a continuarem o seu raciocínio clínico, a cativá-los para a prática, a serem companheiros de trabalho e a procurarem mais conhecimento. Também valorizam o trabalho do estudante encorajando-o. Verificaram, igualmente, que o papel do supervisor é o de “sustentar” o estudante, apoiando o seu ideal ético, o seu investimento intelectual e afetivo e o seu desejo de diálogo acerca dos cuidados que aprende a prestar e ainda, estar presente para estabelecer este diálogo. Assim, é necessário que desenvolvam capacidades que permitam aos estudantes construir as suas próprias estratégias para virem a ser profissionais competentes e eficazes.

Por sua vez Barbosa (2015) num estudo bastante recente conclui que o papel do enfermeiro supervisor é complexo e de grande responsabilidade na formação do estudante, revelando extrema importância o seu papel no processo de aprendizagem e formação do estudante de enfermagem. No entanto, o mesmo autor referido, com a implementação do estudo tinha como finalidade compreender a dinâmica da supervisão de estudante na formação inicial e identificar fatores que influenciaram o processo de supervisão na perspetiva dos enfermeiros tutores. Deste estudo conclui-se que é importante uma articulação efetiva entre a instituição de ensino e instituição de saúde na orientação de estudantes e a necessidade de formação dos enfermeiros tutores em contexto formal.

Simões (2004) em outro estudo tinha como objetivo avaliar a importância atribuída pelo enfermeiro cooperante. Deste estudo, conclui que algumas categorias como a competência, relação, estratégia, condição de trabalho e representação, eram fatores essenciais mencionados pelos enfermeiros supervisores. Deste modo, afirma que o supervisor deve apresentar-se como o modelo para o estudante, logo tem que possuir conhecimentos pedagógicos e, como pessoa de referência, seja reconhecido e valorizado no papel que desempenha, como mencionado anteriormente.

Ao continuar a pesquisa sobre esta temática deparamos com um outro estudo também relevante, neste caso de Simões, Alarcão & Costa (2008), na qual os autores tiveram como objetivos compreender os processos de supervisão dos futuros enfermeiros e caracterizar a supervisão em ensino clínico nos seus aspetos “positivos” e “negativos”. Os resultados evidenciaram os seguintes aspetos: episódios de valor tendencialmente negativo; carácter complexo e difícil do processo de orientação e avaliação; valorização, nos alunos, das competências atitudinais e de

mobilização de conhecimentos para a prestação de cuidados de saúde; falta de preparação teórica dos alunos; valorização, nos enfermeiros cooperantes, das competências analíticas, avaliativas e interpretativas e nos docentes, das competências formativas, analíticas e avaliativas; referência à formulação de questões reflexivas, análise de casos e demonstração como estratégias de supervisão; valorização do tempo de permanência dos supervisores e do ambiente clínico e psicológico como condições para a supervisão; desarticulação entre teoria e prática; referência à supervisão como um momento privilegiado de reflexão e de comunicação; necessidade de valorização e responsabilização dos enfermeiros cooperantes, no processo de supervisão.

Silva, Pires & Vilela (2011) procuraram conhecer as representações dos enfermeiros supervisores sobre o exercício da supervisão; identificar as dificuldades sentidas no exercício da supervisão; e identificar as necessidades dos enfermeiros no desempenho da supervisão. Os resultados apontam para um conjunto de necessidades dos supervisores que passam pela formação específica na área, treino de competências e formalização de diretrizes sobre as funções dos vários intervenientes - enfermeiros, escolas e organizações de saúde. Com este estudo, conclui-se que a profissão e a prática de enfermagem ganham com uma efetiva (re) estruturação dos processos de supervisão, tendo em vista a qualidade da formação dos enfermeiros e do exercício profissional.

Após a exposição do contexto teórico, na qual, se exploraram os conceitos de enfermagem de saúde familiar, supervisão e ensino clínico em enfermagem, partiremos para o capítulo seguinte no qual explanaremos a metodologia percorrida para concretizar a atual pesquisa.

2. METODOLOGIA

Neste capítulo, apresentamos a contextualização da investigação e expomos as opções metodológicas. Assim, iniciamos por descrever o tipo de estudo que realizámos, a questão de investigação formulada e os objetivos correspondentes. Segue-se a apresentação dos participantes em estudo e respetivos critérios de inclusão e exclusão. Apresentamos, igualmente, os procedimentos de recolha de dados e o instrumento utilizado na colheita de dados, assim como os princípios éticos considerados durante a pesquisa. No fim deste capítulo apresentamos os procedimentos de análise dos dados.

2.1. PROBLEMÁTICA EM ESTUDO

A enfermagem de família é uma área que nos tem motivado, enquanto enfermeiros, a pesquisar e inovar em cuidados de saúde primários, sendo esta uma especialidade abrangente, com o foco dos cuidados centrados nas pessoas, nos grupos e suas famílias. Para Figueiredo (2012, p.3) “a enfermagem de família é entendida como o campo disciplinar da enfermagem com um corpo de conhecimento específico”. Esse conhecimento dá-se através da interação do enfermeiro com as famílias, em contato direto com as necessidades específicas de cada família.

A formação profissional em enfermagem está diretamente ligada ao contexto de ensino e trabalho, assim, formar enfermeiros para o cuidado ao grupo familiar, também, constitui um desafio, que está relacionado com os fatores condicionantes do contexto político e social.

A supervisão clínica permite aos enfermeiros fazerem frente à desafiante natureza da prestação de cuidados e às exigências cada vez mais complexas da gestão das organizações de saúde, compreendendo-se que a supervisão deve ser orientada no sentido da qualidade e dinâmica da prestação de cuidados com qualidade (Alarcão & Canha, 2013). Os referidos autores referem que a colaboração desempenhada por um supervisor de ensino, passa pela responsabilidade para com o desenvolvimento dos atores, da perceção do desempenho profissional e da finalidade da natureza de inter-relações, bem como a resposta gerada através das práticas aplicada no campo de determinada ciência ou contexto.

A importância da formação em ensino clínico de enfermagem no contexto de unidades de saúde familiar, torna-se relevante uma vez que os cuidados efetivos prestados às famílias acontecem nestas unidades. Os locais onde acontecem os ensinamentos clínicos são cenários ideais para a aprendizagem e desenvolvimento do estudante, uma vez que as práticas em ambiente real, despertam no estudante o sentido reflexivo, atitudes de confiança e de responsabilidade (Garrido, et al. 2008).

Abreu (2007) é da opinião que o ambiente clínico no qual decorre esta aprendizagem, constitui um ambiente complexo, o qual reúne um conjunto de ações, não apenas centradas no cuidado, mas principalmente na família, nos profissionais e nos recursos políticos e assistenciais. Este contexto gera uma panóplia de experiências e novas oportunidades, mas por vezes também alguns constrangimentos relacionados com as características funcionais.

É no contexto de ensino clínico que se percebe o desenvolvimento do aluno, ou a carência de desenvolvimento pessoal e profissional, e por isso deve-se estimular e fazê-lo ser passível de ativação e consciencialização do seu papel, mediante a participação do indivíduo em atividades e experiências inovadoras (Garrido & Simões, 2007). Assim, o papel do supervisor incide em estimular as necessidades do aluno de enfermagem, e controlar as dificuldades, facilitando a tomada de confiança e credibilidade no campo da prática (Dias, 2010).

Acerca do papel do supervisor, Abreu (2003) define modelos de tutoria que nos permitem identificar os mais usados na literatura: mentorship (processo onde um profissional mais experiente se responsabiliza pelo aprendizado do formando); preceptorship (o tutor assume a responsabilidade na área da formação, insere-se em sistemas diferenciados de supervisão clínica, além de fornecer apoio técnico e emocional ao formando); o multitutor (o tutor é responsável por um ou mais alunos e o aluno é orientado por mais de um tutor).

Neste sentido, nos contextos de ensino clínico, é importante ser implementado um modelo de supervisão, com a finalidade de sistematizar o processo de aprendizagem. Garrido, et al. (2008, p. 18) são da opinião que a enfermagem se identifica mais com o modelo de *counseling*, na qual o objetivo principal é o “desenvolvimento pessoal, mudanças de comportamento, capacidade de decisão e melhor alta-compreensão”. Para Dias (2010), a dinâmica da supervisão clínica reconhece o modelo reflexivo como necessário para o desenvolvimento de práticas reais e refletir sobre as mesmas.

A análise realizada anteriormente, acerca de estudos no âmbito da supervisão clínica em enfermagem, leva-nos a refletir sobre as ações de supervisão em ensino clínico, sendo este um processo dinâmico e sistematizado.

Perante este contexto, pensamos que se justifica conhecer um pouco melhor este contexto, nomeadamente as vivências significativas dos Enfermeiros Supervisores no ensino clínico e supervisão de enfermagem em saúde familiar. Para tal, além da narração de vivências significativas, também iremos tentar perceber a perceção acerca dos principais conceitos de supervisão clínica.

2.2. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS

Costa (2012) refere que no campo da enfermagem é necessária a investigação para o crescimento enquanto profissão, sendo que no seu alicerce estão as evidências científicas e o trabalho empírico, facilitando o desenvolvimento de estratégias de cuidados e qualidade para a saúde da população.

De acordo com o enquadramento teórico apresentado e a metodologia proposta para este estudo, procurámos responder à questão de investigação: *Quais as vivências significativas de enfermeiros no processo de supervisão em ensino clínico de Enfermagem de Saúde Familiar?*

Para dar resposta a esta questão de investigação consideramos os seguintes **objetivos**:

- Descrever a perceção dos participantes sobre a supervisão clínica, através das vivências significativas vivenciadas em contexto de Enfermagem de Saúde Familiar;
- Compreender as vivências significativas dos enfermeiros, supervisores em ensino clínico de enfermagem de saúde familiar, com repercussões negativas ou positivas;
- Descrever as aprendizagens obtidas através das vivências significativas, durante o período de supervisão em ensino clínico de enfermagem de saúde familiar.

2.3. TIPO DE ESTUDO

A pesquisa de investigação enquadrou-se numa abordagem fenomenológica, uma vez que pretendemos valorizar a construção e observação de um tipo de conhecimento apoiado na compreensão da dinâmica dos significados humanos e destacamos a experiência de vida de um grupo de pessoas, no caso deste estudo o “fenómeno relacionado com o supervisionar” (Bicudo, 2000; Minayo, 2004; Watson, 2002; Vilelas, 2017).

Branco (2014) afirma que a perspectiva fenomenológica tem vindo a ser amplamente utilizada em investigações teóricas e estudos empíricos, tanto na psicologia como, por exemplo, em enfermagem. De acordo com Streubert & Carpenter (2002), (...) “é imperativo que os enfermeiros adotem uma tradição de investigação que forneça os modos mais significativos de descrever e compreender a experiência humana” (p.3). Assim, esta metodologia é bastante aplicada em estudos científicos que investigam vivências de processos de aprendizagem. Neste tipo de estudos, Minayo (2004) refere que se pretende buscar a experiência consciente do indivíduo, que é vivida de modo único e pessoal no seu dia-a-dia.

Na opinião de Câmara (2013), a investigação fenomenológica foca-se no que faz sentido para o sujeito e manifesta-se através da linguagem, onde, acrescentam Streubert & Carpenter (2002), se pretende retirar os significados expressos, através da aplicação de uma metodologia qualitativa. Os estudos qualitativos tentam descrever sistematicamente as características das variáveis e fenómenos em estudo, assim como a descoberta de relações causais (Lecanda & Garrido, 2003).

Assim, este trabalho de investigação baseou-se numa metodologia qualitativa, uma vez que propusemos estudar a perceção de “pessoas” no seu contexto natural, tal e como sucede, na tentativa de retirar sentido, ou interpretar, os fenómenos de acordo com os significados que têm para as pessoas implicadas (Streubert & Carpenter, 2002; Watson, 2002; Latimer, 2003). A pesquisa qualitativa tornou-se relativamente tradicional nos estudos em ciências sociais, retendo a dinâmica da capacidade de descrever plenamente aspetos, valores da cultura e das relações humanas (Vilelas, 2017).

Watson (2002) considera como aspetos diferenciadores de um estudo qualitativo o seu carácter holístico, empírico, interpretativo e empático. Na opinião de Streubert & Carpenter (2002), a investigação qualitativa foca-se na análise de casos concretos na sua particularidade temporal e local, a partir das expressões e atividades das pessoas nos seus contextos locais. Assim, a metodologia qualitativa na opinião de Vilelas (2017), é fundamental para entender a representatividade dos fenómenos estudados e da compreensão desses resultados para as ciências sociais.

Neste sentido, em termos de resultados, concluímos este trabalho de investigação ao descrever os fenómenos que observamos e analisamos, que podem ser transferidos para contextos ou circunstâncias similares. Para este contexto metodológico, utilizamos a pesquisa descritiva na qual se encaixam os parâmetros deste estudo (Vilelas, 2017).

Através da narração de vivências significativas, pretendemos conhecer a assimilação de experiências ideológicas e culturais, que levam a aprendizagem (Juliff, Russel & Bulsara, 2016).

2.4. PARTICIPANTES NO ESTUDO

No âmbito deste trabalho de investigação, o grupo de participantes foi constituído por 10 enfermeiros que frequentaram ou frequentam o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar na Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, em consórcio com a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e o Instituto Politécnico de Bragança, e que exercem ou exerceram a atividade de supervisão clínica em contexto de ensino clínico de

Enfermagem de Saúde Familiar. O processo de recrutamento dos participantes foi por conveniência e obteve-se o número total de participantes aquando da saturação de dados.

Os critérios de seleção que considerámos na escolha dos participantes foram os seguintes:

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

- Enfermeiros que exerçam a sua atividade em Unidades de Saúde Familiar (foi este o contexto do estudo);
- Que fossem atuais e/ou ex-alunos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro;
- Que participem ou já tenham participado no processo de supervisão de alunos em ensinamentos clínicos de Enfermagem de Saúde Familiar;
- Enfermeiros que exerçam funções em cuidados de saúde primários há mais de um ano.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

- Enfermeiros que exerçam as suas funções em contexto de Enfermagem de Saúde Familiar noutro país que não Portugal.

2.5. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Segundo Fortin (2009), os dados podem ser recolhidos de várias formas, dependendo do objetivo do estudo, e ter várias fontes fornecidas pelo investigador ou pelos participantes, não devendo ser esquecidas as considerações éticas. Quando o estudo se centra numa pesquisa fenomenológica, torna-se fundamental compreender que o carácter empírico se manifesta quando se recorrem a dados provenientes de entrevistas, observações e/ou documentos, e com a forma como estes são analisados. Portanto, o método empírico, ainda que descrito e aplicado de formas distintas, apresenta como característica comum a descoberta de significados expressos por um determinado indivíduo acerca da sua experiência (DeCastro & Gomes, 2011).

A entrevista é considerada uma das mais importantes fontes de informação num estudo qualitativo. De acordo com Hérbert & Boutin (1990), a entrevista na pesquisa qualitativa possibilita uma maior clareza dos fenómenos, sendo uma técnica na qual a pessoa (entrevistador) solicita informação de outra ou de um grupo (entrevistados, informantes), para obter dados sobre um determinado problema (Boni & Quaresma 2005; Pocinho, 2012). Pressupõe, portanto, a existência de pelo menos duas pessoas e a possibilidade de interação verbal, tentando-se, desta forma, na opinião de Bell (2010), extrair ao máximo as experiências relatadas.

No presente trabalho de investigação, realizamos entrevistas semiestruturadas como técnica de recolha de dados. Vilelas (2017) refere-se a esta como um encontro cara-a-cara, entre o investigador e os investigados, dirigida à compreensão das perspetivas que os participantes têm a respeito das suas vivências significativas, experiências ou situações, expressadas pelas suas próprias palavras. A entrevista classificada como estruturada aberta, ou semiestruturada, é na opinião de Boni & Quaresma (2005), aquela que possibilita previamente a formulação de um questionário, e tem-se o cuidado de não fugir a elas. Neste sentido, a entrevista foi estruturada através de um guião, na qual os participantes responderam de acordo com a sua perspetiva.

Assim, realizou-se a entrevista, tendo como objetivo aprofundar o conhecimento do fenómeno em estudo, no sentido de reconhecer a sua posição real, as perceções e as experiências das pessoas envolvidas de acordo com as suas vivências significativas. Neste sentido, os participantes foram convidados a narrar um episódio que tenha tido significado com repercussão positiva ou negativa no âmbito da supervisão em ensino clínico de Enfermagem de Saúde Familiar.

Utilizámos um guião de entrevista desenvolvido para este fim (Apêndice 1), estando este estruturado em duas partes. Na primeira parte procuramos obter uma caracterização social, demográfica e profissional dos participantes, integrando variáveis como sexo, idade, tempo de formação, habilitações académicas e experiência de supervisão. Por sua vez, a segunda parte foi constituída por oito questões abertas, das quais quatro se centram na perceção dos participantes sobre a supervisão clínica e, as outras quatro questões focam-se nas vivências significativas, com impacto positivo ou negativo, experienciadas pelos enfermeiros supervisores durante a sua prática de ensino clínico em enfermagem de saúde familiar.

Previamente à realização das entrevistas, informámos os participantes que durante a aplicação da entrevista esta seria gravada (gravação em áudio), uma vez que, segundo Manzine (2008), ao escutar o áudio, o entrevistador consegue captar a experiência sem a acuidade dos envolvimentos emocionais que o contexto real proporciona, a gravação preserva as informações verdadeiras e a fidelidade dos dados recolhidos. Rojas (1999) acrescenta que a gravação regista palavras, silêncios, hesitações, mudanças no tom de voz, para além de permitir uma maior concentração do entrevistado.

2.6. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Para a efetivação da recolha de dados, foram respeitadas as normas éticas e deontológicas da investigação, evitando, futuros problemas ou danos para as partes envolvidas na investigação (Batista, Andrade & Bezerra, 2012). Assim, foram considerados e respeitados os seguintes

princípios éticos e deontológicos da pesquisa que envolvem seres humanos (Streubert & Carpenter, 2002):

- Princípio da não maleficência - assegurar e preservar o conforto do participante sem nenhum risco que possa prejudicar o seu bem-estar;
- Princípio da autonomia - respeitando a vontade do participante em retirar-se da pesquisa a qualquer momento sem nenhuma consequência. Também foram consideradas a confidencialidade e o anonimato dos participantes, tendo sido informados previamente dos objetivos da pesquisa, e solicitada a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido;
- Princípio da beneficência e justiça - garantindo a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos, assim como assegurar o tratamento dos mesmos com respeito e dignidade.

Neste sentido, previamente à aplicação do estudo, foi solicitado parecer ao Conselho de Ética e Deontologia da Universidade de Aveiro o qual emitiu parecer favorável (Apêndice 1) e solicitados os contactos dos antigos e atuais estudantes do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro.

Após a obtenção dos contactos dos antigos ou atuais estudantes e aplicados os critérios de seleção, entrámos em contato e à posteriori, fizemos uma aproximação individual a cada potencial participante.

Como o investigador deve assumir o compromisso de transmitir toda a informação pertinente aos participantes, assim como os benefícios da participação, foram abordados todos os participantes antes das entrevistas, transmitindo todas as informações, de forma clara e objetiva.

Após a aceitação verbal de participação no estudo, foi formalizado o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 2). Neste documento, para além da contextualização do estudo está, igualmente, explícito que a entrevista seria gravada e que seriam salvaguardados o anonimato dos participantes assim como a confidencialidade dos dados recolhidos. Os documentos foram assinados tanto pelos participantes, como pela investigadora responsável pelo trabalho consolidando garantias de cumprimento de ambas as partes envolvidas.

De referir, que durante todo o procedimento de recolha de dados, a entrevista foi semiestruturada através de um guião (Apêndice 3) com perguntas direccionadas ao objetivo da pesquisa, para assim proceder análise de dados, sempre tido em consideração o anonimato dos participantes, tendo-se

codificado as entrevistas aquando da sua transcrição. As gravações das entrevistas foram destruídas após a transcrição e todos os dados referentes ao estudo guardados em computadores com palavra-passe.

2.7. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

Como referido anteriormente, foram realizadas entrevistas. O contacto pessoal foi feito nas unidades de saúde na qual cada participante trabalhava, onde foi deixado o termo de consentimento. As entrevistas foram gravadas em áudio, tendo-se, posteriormente, procedido à transcrição na íntegra das 10 entrevistas.

Como referido, procedeu-se, inicialmente, à realização da transcrição integral das entrevistas para depois, tratar os dados recolhidos. Segundo Bardin (2011), a análise de conteúdo consiste numa das técnicas mais utilizadas para organizar a informação obtida através deste tipo de recolha de dados. Para Vilela (2017), a análise de conteúdo é um aglomerado de técnicas e procedimentos para interpretar um tipo de comunicação na qual se obtém um resultado ou objetivo através da descrição de mensagens.

De acordo com Camara (2013), a análise de conteúdo é “uma técnica que realiza inferências objetivas, identificando sistematicamente características específicas das mensagens” (p.103). Consiste, portanto, numa técnica que estuda e analisa a comunicação de uma maneira objetiva, sistemática e quantitativa (Bardin, 2011; Gil, 1994).

A análise de conteúdo implica procedimentos especiais de processamento dos dados científicos e, assim sendo, obedecemos à técnica de *codificação, categorização e interpretação dos resultados*, que foram interpretados e integrados, com o objetivo de apresentar descobertas e, sobretudo, o seu significado no âmbito da investigação em estudo. Para a transcrição foi feita a codificação dos participantes como: P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9 e P10.

Neste sentido, depois fez-se a categorização, como podemos observar no Apêndice 3 da análise de conteúdo, resultando um conjunto de áreas temáticas, categorias e subcategorias a partir de uma base predominantemente indutiva. Este resultado foi alvo de validação por um grupo de peritos na área que analisou pormenorizadamente todos os quadros de análise, os quais serão apresentados mais especificamente no capítulo seguinte.

3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Como referimos anteriormente, para este trabalho foi realizado um questionário para realizar a caracterização sociodemográfica e a caracterização profissional da amostra e foi aplicada uma entrevista a 10 enfermeiros de modo a analisar as percepções que os próprios têm no que toca à supervisão clínica, de modo a perceber de que forma estes veem a sua experiência relativamente à supervisão clínica e aos assuntos associados a esta. Assim, neste capítulo vai-se proceder, em primeiro lugar, à caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes no presente estudo. Posteriormente será apresentado o resultado da análise das entrevistas, tendo em conta o paradigma qualitativo onde este estudo se situa, recorrendo para tal à Análise de Conteúdo.

3.1. CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DOS PARTICIPANTES

Como se pode observar pela Tabela 1, o grupo de participantes é constituído na sua totalidade por enfermeiros do sexo feminino. No que concerne à idade, 6 das entrevistadas têm idades entre os 31 e os 40 anos enquanto que 4 das enfermeiras entrevistadas têm idades compreendidas entre os 41 e os 50 anos de idade. Relativamente às habilitações literárias, todas as enfermeiras entrevistadas possuem o grau de mestre.

Tabela 2: Caracterização sociodemográfica dos participantes

<i>VARIÁVEL</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Sexo		
Feminino	10	100%
Masculino	0	0%
Faixa etária		
20 – 30	0	0%
31 – 40	6	60%
41 – 50	4	40%
Habilitações literárias		
Licenciatura	10	100%
Mestrado	10	100%

Profissionalmente, o grupo de participantes caracteriza-se do seguinte modo: 4 das enfermeiras entrevistadas pertence à categoria profissional de “enfermeiro” enquanto que as restantes 6 pertencem à categoria profissional de “enfermeiro especialista. Em relação à unidade onde

exercem as suas funções, 8 exercem em USF e 2 em UCSP. Relativamente ao tempo de formação, 6 enfermeiras dizem ter tempo de formação entre os 10 e os 15 anos, 1 entre os 16 e os 20 e por fim 3 dizem ter tempo de formação entre os 21 e os 30 anos. No que toca à supervisão de alunos, todas as entrevistadas afirmam já ter tido experiência neste âmbito, sendo que 2 das entrevistadas dizem ter tido 1 a 10 anos de tempo de supervisão clínica, 7 uma experiência compreendida entre os 10 e os 20 anos e 1 dos 20 aos 30 anos. Nos seus anos de experiência de supervisão clínica, 3 referem ter orientado entre 1 a 10 alunos e 7 entre 10 a 20 alunos. Por fim, quando questionadas se detinham formação prévia na área da supervisão clínica, 2 referem não ter tido qualquer tipo de formação, enquanto que as restantes 8 referem ter tido formação previa ao Curso de Mestrado nesse âmbito.

Tabela 3: Caracterização profissional dos participantes

VARIÁVEL	N	%
Unidade onde exerce		
USF	8	80%
UCSP	2	20%
Tempo de formação (anos)		
10 – 15	6	60%
16 – 20	1	10%
21 – 30	3	30%
Experiência em supervisão de alunos?		
Sim	10	100%
Não	0	0%
Tempo de supervisão clínica (anos)		
1 – 10	2	20%
11 – 20	7	70%
21 – 30	1	10%
Nº de alunos que supervisionou		
1 – 10	3	30%
11 – 20	7	70%
21 – 30	0	0%
Formação prévia em supervisão clínica		
Sim	8	80%
Não	2	20%

3.2. RESULTADOS EMERGENTES DA ANÁLISE INTERPRETATIVA DOS DADOS

A análise interpretativa dos dados é apresentada de acordo com uma matriz de áreas temáticas, obtida através das narrativas das vivências significativas dos participantes resultando da intersecção da informação que surgiu da revisão da literatura e dos dados emergentes da análise de conteúdo.

As áreas temáticas definidas foram:

- Perspetivas do Enfermeiro de Saúde Familiar acerca da supervisão em contexto clínico;
- Funções do supervisor clínico em enfermagem de saúde familiar;
- Perfil do supervisor clínico em enfermagem de saúde familiar;
- Perceção do enfermeiro de saúde familiar acerca das vivências significativas em ensino clínico;
- Perceção do enfermeiro de saúde familiar acerca da reflexão em ensino clínico;
- Vivências significativas na supervisão clínica em enfermagem de saúde familiar;
- Aprendizagens nas vivências significativas na supervisão clínica em enfermagem de saúde familiar.

3.2.1. Perspetivas do Enfermeiro de Saúde Familiar acerca da supervisão em contexto clínico

Na área temática “Perspetivas do Enfermeiro de Saúde Familiar acerca da supervisão em contexto clínico”, emergiram narrativas que materializam o conceito de supervisão na perspetiva dos enfermeiros, assim como a conceção acerca da aprendizagem que o ensino clínico proporciona. Assim, os participantes no estudo narraram as suas conceções acerca da temática, como podemos analisar na Tabela 4.

Nesta área temática obtivemos um total de 49 unidades de registo. Desta análise emergiram 2 categorias, nomeadamente “*conceções acerca da supervisão clínica em enfermagem*” e “*conceções acerca da aprendizagem em contexto clínico*”, verificando-se um maior número de unidades de registo na primeira do que na segunda. As subcategorias mais referidas pelos participantes em relação ao conceito de supervisão foram como um “*processo de acompanhamento da aprendizagem do aluno*”, com um total de 10 unidades de registo e “*promoção do raciocínio para a prática autónoma de enfermagem*” com 7 unidades de registo. Podemos observar de seguida algumas das conceções narradas pelos enfermeiros:

“gestão do processo e aprendizagem do aluno” (P1)

“vamos acompanhar esse processo de ensino no local” (P1)

“pessoa que integra no campo de estágio” (P6)

“no fundo é liderar processo de aprendizagem” (P1)

“É apoiar o aluno no seu percurso de aprendizagem” (P9)

“Orientar” (P9)

Tabela 4: Resultados da análise de conteúdo para a área temática “Perspetivas do Enfermeiro de Saúde Familiar acerca da supervisão em contexto clínico”

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo exemplificativa	FAUR
Conceções acerca da supervisão clínica em enfermagem	Processo de gestão da aprendizagem do aluno	“gestão do processo e aprendizagem do aluno” (P1)	4
	Processo de acompanhamento da aprendizagem do aluno	“vamos acompanhar esse processo de ensino no local” (P1)	10
	Processo de orientação do aluno	“orientação” (P2)	5
	Processo de colaboração	“é uma colaboração com elemento que será futuramente nosso colega de trabalho” (P10)	1
	Processo de observação	“a supervisão acaba por ser a observação de alguma coisa que nós estamos a fazer da nossa prática clínica” (P10)	1
	Promoção do raciocínio para a prática autónoma de enfermagem	“promover o raciocínio clínico da pessoa” (P1)	7
	TOTAL DA CATEGORIA		28
Conceções acerca da aprendizagem em contexto clínico	Formação do estudante na transição da teoria para a prática	“Formar o outro que estar a nossa responsabilidade” (P1)	11
	Integração dos estudantes nos serviços de saúde	“integra-los ao nível do serviço” (P4)	4
	Preparação dos estudantes para a prática	“preparação para aquilo que é a prática de enfermagem” (P5)	5
	Criação de um ambiente facilitador da aprendizagem	“é proporcionar um ambiente que favoreça essa aprendizagem” (P9)	1
	TOTAL DA CATEGORIA		21
TOTAL DA ÁREA TEMÁTICA			49

Na categoria “conceção acerca da aprendizagem em contexto clínico”, emergiram 21 unidades de registo, sendo a subcategoria mais referida a “*formação do estudante na transição da teoria para a prática*”, com 11 unidades de registo.

Podemos de seguida observar algumas Unidades de Registo referidas nesta categoria:

“Formar o outro que está a nossa responsabilidade” (P1)

“integrar-los ao nível do serviço” (P4)

“é proporcionar um ambiente que favoreça essa aprendizagem” (P9)

“Tomar contacto com a realidade” (P1)

3.2.2. Funções do supervisor clínico em enfermagem de saúde familiar

Na área temática funções do supervisor identificámos um total 31 unidades de registo, sendo estas distribuídas pelas categorias orientar, ajudar, avaliar, acompanhar e promover, como funções importantes no desempenho da supervisão em ensino clínico, como podemos observar na Tabela 5.

Na categoria “Orientar” emergiram as subcategorias “*orientar para a aprendizagem*” com 6 unidades de registo e “*orientar nas dificuldades*” com 1 unidade, somando um total de 7 unidades de registo nesta categoria. Assim, apresentamos alguns exemplos de Unidades de Registo:

“nós orientamos o aluno na sua formação” (P2)

“orientar os alunos nas dificuldades” (P3)

Na categoria “ajudar” emergiram as subcategorias “*desenvolver competências*” com 2 unidades de registo, “*processo de transição*” com 3 unidades de registo, “*implementar estratégias*” com 4 unidades de registo e “*mobilizar conhecimentos*” com 9 unidades de registo, somando-se um total de 18 unidades de registo por área temática. Assim, os participantes referiram:

“pessoa que ajuda também a ver uma perspetiva diferente da prática clínica” (P6)

“por que as vezes só saber a teoria acaba por ter a dificuldade para ajudar o aluno a fazer aquela transição” (P8)

Na categoria “avaliar” emergiu a seguinte subcategoria: “*prestação*” com 1 unidade de registo. De seguida apresenta-se a narração do participante:

“ter perceção do processo de avaliação” (P6)

Tabela 5: Resultados da análise de conteúdo para a área temática “Funções do supervisor clínico em enfermagem de saúde familiar”

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo exemplificativa	FAUR
Orientar	Para a aprendizagem	“nós orientamos o aluno na sua formação” (P2)	6
	Nas dificuldades	“orientar os alunos nas dificuldades” (P3)	1
	TOTAL DA CATEGORIA		7
Ajudar	Desenvolver Competências práticas	“ajudar que outros consigam ganhar competências na área prática” (P6)	2
	Processo de transição	“ajudar o aluno a fazer aquela transição” (P8)	3
	Implementar estratégias de melhoria	“ajudar na implementação de estratégias da melhoria do estudante” (P9)	4
	Mobilizar conhecimentos	“ajudamos a mobilizar conhecimentos” (P2)	9
	TOTAL DA CATEGORIA		18
Avaliar	Prestação	ter perceção do processo de avaliação” (P6)	1
	TOTAL DA CATEGORIA		1
Acompanhar	Atividades	“e depois fazer um acompanhamento do supervisionado em todas atividades e intervenções” (P9)	1
	TOTAL DA CATEGORIA		1
Promover	Autonomia	“dando-lhe autonomia gradual pelo seu nível de aprendizagem” (P9)	2
	Experiência real	“promover mesmo a experiência” (P1)	2
	TOTAL DA CATEGORIA		4
TOTAL DA ÁREA TEMÁTICA			31

Na categoria “acompanhamento” emergiram as subcategorias, “*processo de transição*” com 3 unidades de registo, a categoria “*implementar estratégia de melhoria*” com 4 unidades e “*mobilizar conhecimento*” com 9 unidades de registo, em um total de 18 unidades para a categoria. Exemplo de unidade de registo:

“e depois fazer um acompanhamento do supervisionado em todas atividades e intervenções” (P9)

Na categoria “*promoção*” registámos 2 unidades de registo, emergindo a subcategoria “*autonomia*” com 2 unidades e “*experiência real*” também com apenas 2 unidades de registo, num total de 4 unidades para a categoria. Podemos observar de seguida exemplos de unidade de registo referidas pelos participantes:

“não dá a solução para o problema, mais ajuda-lo a encontra-la no campo onde estão inseridos” (P5)

“Tomar contato com a realidade” (P1)

3.2.3. Perfil do supervisor clínico em enfermagem de saúde familiar

Da análise interpretativa dos dados relativa ao perfil do supervisor, identificamos um total de 55 unidades de registo. Destas emergiram as categorias: relação interpessoal, formação, conhecimento e experiência profissional, como podemos analisar a Tabela 6.

Ao analisarmos a Tabela 6, relativa aos resultados para a área temática perfil do supervisor clínico em enfermagem de saúde familiar, verificamos que emergiram 4 categorias. Relativamente à categoria “*relações interpessoais*”, derivou nas subcategorias, “*reflexivo*” com 4 unidades de registo, “*empático*” com um total de 6 unidades, “*disponível*”, com 3 unidades, “*rigoroso*” com 2 unidades, “*humilde*” com 1 unidade e “*atento*” com 1 unidade de registo, somando-se um total de 17 unidades de registo. Alguns exemplos de unidades de registo narradas pelos participantes:

“promover a reflexão no outro” (P1)

“empática, acolhedora” (P9)

Na categoria “*formação*”, na subcategoria supervisão clínica, obtivemos 13 unidades de registo. Seguem-se alguns exemplos de unidades de registo relativas a esta subcategoria:

“deve ter a formação de supervisão clínica” (P10)

“ter um bom leque de conhecimento científico” (P8)

Tabela 6: Resultados da análise de conteúdo para a área temática “Perfil do supervisor clínico em enfermagem de saúde familiar”

Categoria	Subcategoria	Unidade de registo exemplificativa	FAUR
Relações interpessoais	Reflexivo	“deve ser reflexivo” (P4)	4
	Empático	empáticas com os alunos” (P6)	6
	Disponível	“disponibilidade” (P7)	3
	Rigoroso	“exigente consigo próprio” (P9)	2
	Humilde	“deve ser humilde também” (P4)	1
	Atento	“capacidade de perceber o que a outra pessoa precisa” (P2)	1
	TOTAL DA CATEGORIA		17
Formação	Supervisão Clínica	“é muito importante ter formação em supervisão clínica” (P1)	13
	TOTAL DA CATEGORIA		13
Conhecimentos	Supervisão clínica	“bom conhecimento técnico da supervisão” (P1)	2
	Prática baseada na evidência	“conhecedor também da prática” (P8)	2
	Científicos	Ter bastante conhecimento científico” (P1)	11
	TOTAL DA CATEGORIA		15
Experiência profissional	Gostar de ser supervisor	gostar de ser supervisor” (P1)	2
	Competente na prática	“conhecedor também da prática” (P8)	8
	TOTAL DA CATEGORIA		10
TOTAL DA ÁREA TEMÁTICA			55

Na categoria “*conhecimento*”, emergiram as seguintes subcategorias: “*supervisão clínica*” com 2 unidades de registo, “*prática baseada na evidência*” com 2 unidades de registo, e “*científicos*” a totalizar 2 unidades de registo, num total de 15 unidades de registo para esta categoria. De seguida apresentamos alguns exemplos dessas unidades de registo:

“*que aplica as práticas baseada na evidência*” (P9)

“*conhecedor também da prática*” (P8)

Na categoria “*experiência profissional*” identificámos as subcategorias: “*gostar de ser supervisor*” com 2 unidades, “*competente na prática*” a contabilizar 8 unidades de registo, sendo o total para esta categoria de 10 unidades de registo, como por exemplo:

“*gostar de ser supervisor*” (P1)

3.2.4. Perceção do enfermeiro de saúde familiar acerca das vivências significativas em ensino clínico

Na área temática acerca da perceção dos participantes acerca das vivências significativas, destacam-se como categorias o impacto positivo e negativo que as vivências significativas proporcionaram aos enfermeiros supervisores em ensino clínico de enfermagem, percebido através das perceções narradas pelos participantes, como podemos observar na Tabela 7.

Tabela 7: Resultados da análise de conteúdo para a área temática “Perceção do enfermeiro de saúde familiar acerca das vivências significativas em ensino clínico”

Categoria	Subcategoria	Unidade de registo exemplificativa	FAUR
Impacto positivo	Situação com significado especial	É tudo aquilo que traz um significado especial” (P8)	2
	Situação que marca o supervisor	“Deixam marcas mais importante” (P5)	5
	Situação que marca o aluno	quando nós tentamos que determinada vivência seja significativa para o aluno!” (P8)	6
	Situação que gera aprendizagem	eu acho que é isso que traz aprendizagem” (P8)	2
	Situação que gera reflexão	“é o que vai ser produzido através da reflexão” (P1)	6
	Situação com impacto na prática	“é o que vai ser produzido através da reflexão” (P1)	2
	TOTAL DA CATEGORIA		23
Impacto negativo	Experiências negativas	“experiências positivas ou negativas” (P5)	4
	TOTAL DA CATEGORIA		4
TOTAL DA ÁREA TEMATICA			27

Na tabela 7, que apresenta os resultados relativos à análise de conteúdo acerca da percepção acerca das vivências significativas, identificámos 2 categorias. Na categoria *“impacto positivo”*, emergiram as subcategorias *“situação que marca o aluno”* com 6 unidades de registo, *“situação que gera aprendizagem”*, com 2 unidades de registo, *“situação que gera reflexão”* com 6 unidades de registo, *“situação com impacto na prática”* com 2 unidades de registo. Soma-se um total de 23 unidade de registo para esta categoria. De seguida apresentamos alguns exemplos:

“se consegue significância para aquela vivência e cimenta o conhecimento” (P8)

“foi a situação de uma aluna que me marcou” (P10)

“a vivência significativa é aquilo que marca a vida do aluno” (P3)

Na categoria *“impacto negativo”* apenas se elaborou uma subcategoria *“experiências negativas”* na qual identificámos 4 unidades de registo.

Apresentamos de seguida alguns exemplos:

“situações que depois vou refletir sobre elas” (P1)

“é tudo aquilo que traga mais valia, tanto positiva como negativa” (P6)

3.2.5. Percepção do enfermeiro de saúde familiar acerca da reflexão em ensino clínico

Nesta área temática encontrámos 18 unidades de registo acerca da temática da reflexão em ensino clínico. Estas unidades de registo estão relacionadas com as seguintes categorias: a reflexão individual e reflexão grupal como referências essenciais ao ensino clínico. A tabela 8 mostra-nos esta informação.

Na tabela 8, podemos verificar que na categoria *“reflexão individual”* identificámos 3 subcategorias: *“ajuda a melhorar a prática”* com 2 unidades de registo, *“ajuda na tomada de decisão”* com 3 unidades e *“ajudar a melhorar a aprendizagem”* com 2 unidades de registo, num total de 10 unidades no total da categoria.

Exemplos de algumas narrativas:

“sobre o facto de nós refletirmos sobre aquilo que nos marca na prática” (P5)

“refletir leva ao supervisor poder analisar de outro ponto de vista” (P9)

Na categoria *“reflexão grupal”* identificámos as subcategorias: *“a partilha da reflexão entre supervisor e aluno”* com 2 unidades de registo e *“a partilha da reflexão em equipa”* com 6

unidades, num total de 8 unidades de registo para a categoria. Seguem-se alguns exemplos de Unidades de Registo:

“pedia ao aluno para fazerem um diário” (P8)

“depois tivemos que refletir juntas” (P10)

“acho que deveria ter uma reflexão no final entre a equipa” (P3)

Tabela 8: Resultados da análise de conteúdo para a área temática “Perceção do enfermeiro de saúde familiar acerca da reflexão em ensino clínico”

Categoria	Subcategoria	Unidade de registo exemplificativa	FAUR
Reflexão individual	Ajuda a melhorar a prática	ajuda nós a perfeiçãoar nossa prática” (P4)	5
	Ajuda na tomada de decisão	ajuda-nos de forma mais ponderada e mais racional” (P5)	3
	Ajuda a melhorar a aprendizagem	“Se nós refletirmos sobre as vivências significativas isso torna a aprendizagem mais importante” (P9)	2
	TOTAL DA CATEGORIA		10
Reflexão grupal	A partilha da reflexão entre supervisor e aluno	“juntamos as duas e refletimos” (P10)	2
	A partilha da reflexão em equipa	“acho que até essa partilha deveria ser em equipa” (P3)	6
	TOTAL DA CATEGORIA		8
TOTAL DA ÁREA TEMATICA			18

3.2.6. Vivências significativas na supervisão clínica em enfermagem de saúde familiar

Nesta área temática foi identificado um total de 64 unidades de registo, tendo estas sido organizadas em duas categorias como as vivências significativas percecionadas como negativas e positivas, como podemos analisar na Tabela 9.

Tabela 9: Resultados da análise de conteúdo para a área temática “Vivências significativas na supervisão clínica em enfermagem de saúde familiar”

Categoria	Subcategoria	Unidade de registo exemplificativa	FAUR
Vivências significativas percecionadas como negativas	Falta de interesse pela profissão	“tive a necessidade de perguntar realmente se a aluna gostaria de ser enfermeira” (P1)	4
	Avaliação que não corresponde	Uma aluna não gostou na nota que lhe dei” (P2)	1
	Relacionamento interpessoal negativo	“com muita dificuldade em conectar-se com o outro” (P1)	25
	Habilidades práticas negativas	“tive um aluno em termos de técnicas e habilidades no contexto não estava a ser possível orienta-lo” (P3)	11
	TOTAL DE CATEGORIA		41
Vivências significativas percecionadas como positivas	Desempenho positivo	“ela fez uns trabalhos teóricos” (P6)	4
	Identificação com a área de prestação de cuidados	“ela disse que iria continuar no 4º ano com aquele estágio que é opcional” (P1)	16
	Relacionamento interpessoal positivo	“foi bastante positivo” (P1)	3
	TOTAL DE CATEGORIA		23
TOTAL DE ÁREA TEMATICA			64

Como podemos observar na Tabela 9, na categoria “*vivências significativas percecionadas como negativas*” identificámos as seguintes subcategorias “*falta de interesse pela profissão*” com 4 unidades de registo, “*avaliação que não corresponde*” com 1 unidade de registo, “*relacionamento interpessoal negativo*” com 25 unidades de registo, “*habilidades práticas negativas*” com um total de 11 unidades de registo. Nesta área temática identificámos um total de 41 unidades de registo.

Apresentamos alguns exemplos de narrações dos participantes:

“*achei que o aluno não gostava do curso*” (P3)

“*alguém que não consegue estabelecer uma relação*” (P1)

“então há muito aquela ideia de que nos cuidados de saúde primário, nós fazemos tudo por tarefa” (P6)

Na categoria “vivências significativas percebidas como positivas, obtivemos um total de 23 unidades de registo, distribuídas pelas subcategorias “*autorreflexão*” com 5 unidades de registo e “*melhorar as práticas*” com 3 unidades de registo.

“fez informações internas no serviço” (P6)

“e ela disse, que gostava de continuar nos cuidados primário” (P1)

3.2.7. Aprendizagens nas vivências significativas na supervisão clínica em enfermagem de saúde familiar.

Identificou-se nesta área temática um total de 21 unidades de registo, que abordam as aprendizagens nas vivências significativas na supervisão clínica. Dessas unidades emergiram duas categorias para o supervisor e para o aluno, como mostra a Tabela 10.

Tabela 10: Resultados da análise de conteúdo para a área temática “Aprendizagens nas vivências significativas na supervisão clínica em enfermagem de saúde familiar”

Categoria	Subcategoria	Unidade de registo exemplificativa	FAUR
Para o supervisor	Autorreflexão	eu sinto que quando estou com alunos faço raciocínio a mim própria” (P1)	5
	Manter atividade mental	“Primeiro a vivência de ter alunos faz-nos manter ativo” (P1)	1
	Melhorar Práticas	“o quê que eu posso melhorar nas minhas práticas” (P1)	3
	Desenvolver conhecimentos	que as vezes também é necessário a gente rever alguns conceitos” (P4)	2
	Aprender com os alunos	“não são os alunos que aprendem, nós também aprendemos com eles” (P3)	4
	TOTAL DA CATEGORIA		15
Para o aluno	Desenvolver conhecimentos	valorizar-lhe sobretudo esta questão científica” (P7)	6
	TOTAL DA CATEGORIA		6
TOTAL DA ÁREA TEMÁTICA			21

Podemos observar na Tabela 10, sobre os resultados acerca das aprendizagens nas vivências significativas, que na categoria “para o supervisor” se identificaram as subcategorias “*autorreflexão*” com 5 unidades de registo, “*manter a atividade mental*” com 1 unidade, “*melhorar a práticas*” com 3 unidade de registo, “*desenvolver conhecimento*” com 2 unidades, “*aprender com os alunos*” com 4 unidades. Nesta categoria somaram-se um total de 15 unidades de registo.

De seguida podemos analisar alguns trechos das entrevistas.

“estar a fazer sempre uma reflexão sobre minhas práticas” (P1)

“Primeiro a vivência de ter alunos faz-nos manter ativo” (P1)

“Temos sempre possibilidade de melhorar” (P2)

“é preciso uma aprendizagem constante e contínua no tempo” (P7)

Na categoria “para o aluno” emergiu a subcategoria “*desenvolver conhecimento*” com um total de 6 unidades de registo. De seguida apresentamos um exemplo das narrativas dos participantes:

“é com a vontade com que o aluno vem para poder trabalhar” (P6)

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para a análise das entrevistas recorreu-se à metodologia de análise de conteúdo de acordo com Bardin (2011), de forma a ser possível compreender e inferir de forma objetiva e sistemática as principais perspetivas do enfermeiro de saúde familiar acerca da supervisão em contexto clínico, através das características singulares e implícitas do discurso de cada entrevistado. Após a apresentação dos resultados dessa análise, procede-se, assim, à sua discussão.

Perspetivas do Enfermeiro de Saúde Familiar acerca da supervisão em contexto clínico

A primeira área temática emergente da análise das entrevistas diz respeito às conceções acerca da supervisão clínica em enfermagem. Foram várias as opiniões dadas pelas entrevistadas, sendo que consideraram que a supervisão em contexto clínico no âmbito da enfermagem diz respeito a um processo de gestão da aprendizagem do aluno, como nos mostram os seguintes fragmentos de discurso “*gestão do processo e aprendizagem do aluno*”(P1) ou “*é uma colaboração com elemento que será futuramente nosso colega de trabalho*” (P10). Esta ideia vai de encontro ao que foi dito por Abreu, (2007) e Lynch & Happell (2008), nomeadamente, que os enfermeiros encaram a supervisão clínica como um processo ligado à gestão, sendo que o enfermeiro supervisor tem o dever de dirigir, fiscalizar, controlar e avaliar a prática clínica dos alunos.

Todas as entrevistadas são da opinião que a supervisão clínica diz respeito ao acompanhamento da aprendizagem do aluno, ou seja, “*acompanhar do enfermeiro que terá mais experiência*” (P7) e “*apoiar o aluno no seu percurso de aprendizagem*” (P9). Como refere Simões, Alarcão & Costa (2008), a formação em enfermagem é caracterizada por períodos de ensino nas escolas com aulas teóricas, aulas teórico-práticas e períodos de ensino em contexto clínico em diferentes instituições de saúde. Na formação inicial em enfermagem, e em contexto de ensino clínico, a supervisão assume uma grande importância uma vez que permite que os estudantes de enfermagem desenvolvam e aperfeiçoem a maioria das suas competências clínicas (Garrido, et al. 2008). Simões, Alarcão & Costa (2008) são da mesma opinião dos entrevistados, referindo que a supervisão funciona como um processo mediador da aprendizagem e do desenvolvimento do estudante, sendo que o enfermeiro supervisor assume um papel de destaque no desenvolvimento da aprendizagem do estudante. Ainda neste sentido, Rua (2011) diz que deve existir uma interação dos estudantes com os seus enfermeiros supervisores, uma vez que estes vão ajudá-los a desenvolver conhecimentos, técnicas e atitudes numa perspetiva de construção da sua identidade profissional e do seu profissionalismo, através da mobilização de conhecimentos adquiridos, orientando-os na sua prática profissional futura. A orientação do aluno foi outra das opiniões sobre a conceção clínica mais referida, como refere fragmentos das entrevistas, “*orientação*” (P2) “*Orientar*” (P9), tendo sido feita por metade dos entrevistados, corroborando o que foi dito no seu trabalho por Novo (2011), em que a supervisão clínica foi entendida como um processo de

orientação, acompanhamento e apoio ao estudante com o intuito de facilitar a aprendizagem e promover o seu desenvolvimento pessoal e profissional.

Também é referido que a supervisão clínica em enfermagem diz respeito a um processo de colaboração entre o enfermeiro supervisor e o futuro colega (aluno) e também um processo de observação da própria prática clínica do supervisor. Os enfermeiros que participaram no estudo de Simões, Alarcão & Costa (2008) identificaram a relação de cooperação entre o supervisor e o aluno como sendo a pedra angular da supervisão em ensino clínico, associando o sucesso da prática à relação que é estabelecida com o aluno, ou seja, à comunicação interpessoal. Também Pinto (2011) refere que os processos de ensino/aprendizagem em contexto clínico pressupõe a colaboração entre enfermeiros experientes e qualificados que partilhem os seus conhecimentos com os alunos, de modo a que este último tenha a possibilidade de construir um portfólio de saberes teóricos, mas também práticos assentes na realidade da prática clínica diária. A mesma autora acrescenta que a supervisão é um processo bem estruturado onde existe a colaboração entre um enfermeiro da prática clínica e um estudante em formação com o objetivo principal de desenvolver as competências profissionais e pessoais deste último.

No que toca à observação, o documento “*A Vision for the Future*” (Health Service Management Executive, NHSME, 1993, cit. In Gago, 2008) refere que a supervisão além de ser central para o processo de aprendizagem e à expansão da prática, deve ser encarada, por parte dos enfermeiros supervisores, como um meio de autoavaliação e ao desenvolvimento das suas competências analíticas e reflexivas. No âmbito da colaboração e da orientação pode-se dizer que a sua qualidade é fundamental no processo de construção e no desenvolvimento profissional, sendo por isso muito importante a relação supervisor-aluno.

Por fim, e ainda dentro da categoria “conceções acerca da supervisão clínica em enfermagem”, mais de metade dos enfermeiros entrevistados, referem que esta tem a responsabilidade de promover o raciocínio para a prática autónoma de enfermagem. Como refere Busen & Engebretson (1999), nos contextos clínicos, o supervisor deve ajudar o aluno a formular diagnósticos de enfermagem a proceder intervenções específicas, ou seja, deve ser ajudado a raciocinar sobre a realidade, promovendo assim a autonomia e a autoconfiança, duas características indispensáveis à prática e competência clínica. A supervisão clínica desempenha, então, um papel crucial no desenvolvimento profissional de habilidades e competências, promovendo assim o crescimento da autonomia. Os conteúdos de aprendizagem do ensino clínico, onde o enfermeiro supervisor vai fazer a sua articulação com a demais formação ao nível superior, visam o desenvolvimento da autonomia dos estudantes capacitando-os para a vida profissional e tornando-os como agentes de mudança (Carvalho, 2004).

As opiniões e percepções das enfermeiras no que toca às concepções acerca da supervisão clínica em enfermagem vão, assim, ao encontro do que é afirmado por Rogan (2009), que afirma que o papel do supervisor assenta no desenvolvimento de atividades no âmbito do supervisionamento, do ensino, instrução, treino, aconselhamento e avaliação do aluno, passando pelo seu apoio e suporte emocional. Também Nascimento (2007), afirma que os supervisores olham para si próprios como importantes elementos no processo de aprendizagem dos futuros enfermeiros, apresentando-se como mediadores da sua aprendizagem, transformando a compreensão sobre o contexto onde se encontram inseridos, apelando à adaptação e aplicação dos conhecimentos teóricos, acompanhado sempre pelo saber da prática.

Na entrevista realizada a segunda categoria diz respeito às concepções acerca da aprendizagem em contexto clínico. A totalidade das entrevistadas refere que a aprendizagem em contexto de ensino clínico diz respeito à formação do estudante na transição da teoria para a prática, como se pode ver por algumas das respostas dadas *“uma vez que punham em prática aquilo que aprendem na teoria” (P6)*, *“ponham em prática aquilo que aprendem em teoria” (P5)* e *“dar ferramentas válidas para que eles consigam fazer essa aplicação da teoria que tem na prática” (P5)*. As concepções dos enfermeiros supervisores entrevistados vão de encontro ao que está patente na literatura sobre o assunto. Por exemplo Alarcão & Rua (2005) definem o ensino clínico em enfermagem como sendo um ambiente de formação interdisciplinar contextualizado, onde o estudante vai assimilar a cultura dos cuidados de enfermagem, integrando e mobilizando os conhecimentos adquiridos na parte teórica do curso, de forma a desenvolver competências profissionais na prática dos cuidados de enfermagem uma vez que permite o contato com a previsibilidade e a imprevisibilidade do dia-a-dia de ser enfermeiro. Ou como afirma Carvalho (2004), que o ensino clínico permite ao estudante confrontar-se com situações práticas relacionadas com a prestação de cuidados em contexto real, onde este pode aplicar os conhecimentos que adquiriu durante o ensino de enfermagem teórico, desenvolvendo também outras áreas, como por exemplo, o relacionamento interpessoal. Neste sentido também se pode afirmar que o ensino clínico é a preparação dos estudantes de enfermagem para a prática da sua profissão, como vários dos entrevistados afirmaram: *“preparação para aquilo que é a prática de enfermagem” (P5)*, *“tomar contato com a realidade” (P1)* e por fim *“é potenciar a aprendizagem em contexto da prática clínica” (P9)*. Ou seja, o ensino clínico permite o desenvolvimento das capacidades dos estudantes para a prática de enfermagem uma vez que estes desenvolvem gradualmente a consciência dos diferentes papéis desempenhados pelo enfermeiro na sua prática diária, sendo chamado a desenvolver as competências necessárias para o desenvolvimento de cada um deles (Silva & Silva, 2004).

A integração na equipa ou no serviço de saúde dos estudantes por parte dos enfermeiros supervisores é também uma das conceções relativas ao ensino clínico em enfermagem, sendo que Simões & Garrido (2007) referem esta perceção, enfatizando que o enfermeiro supervisor desempenha um importante papel na integração na equipa de saúde do estudante, assim como o desenvolvimento das suas competências no âmbito do saber-fazer e do saber-ser. A corroborar esta ideia Longarito (2002) constatou que 36,8% de enfermeiros afirmam que o ensino clínico supervisionado facilita a integração dos estudantes no contexto clínico, sendo os supervisores considerados elementos ativos e facilitadores na formação do estudante, através do ensino clínico, uma vez que possibilitam que estes experienciem uma integração dinâmica no serviço. Ainda a confirmar as perceções e conceções dos enfermeiros entrevistados, Cunha *et al.*, (s/d) afirma que o ensino clínico assume um papel preponderante na passagem para a prática clínica dos estudantes, uma vez que facilita a integração destes no serviço clínico.

Funções do supervisor clínico em enfermagem de saúde familiar

No que concerne à supervisão dos alunos, os enfermeiros supervisores entrevistados consideram que uma das suas funções diz respeito à orientação para a aprendizagem, como se pode observar nas seguintes unidades de registo: “*nós orientamos o aluno na sua formação*” (P2), a “*supervisão clínica é a orientação de alunos de enfermagem*” (P5) e por fim “*orientar os alunos na sua aprendizagem*” (P8). Esta opinião é partilhada, por exemplo, por Garrido & Simões (2007) que consideram a capacidade de orientar uma das principais estratégias do processo de supervisão, onde a orientação vai determinar o que o estudante deve fazer e como fazer. O enfermeiro supervisor atribui uma grande importância às suas capacidades de orientação no que concerne à formação do estudante de enfermagem. Por isso o conhecimento das metodologias, estratégias e conteúdos da formação, a correta interpretação dos estudantes, a capacidade de supervisionar, o desenvolvimento da capacidade de ensino, análise, avaliação e responsabilidade, são características que os enfermeiros preconizam como indispensáveis à supervisão (Simões, Alarcão & Costa, 2008).

A outra função que os entrevistados avançaram relativamente à supervisão dos alunos é ajudar a transpor o conhecimento técnico-científico do aluno. Ou seja, de acordo com os entrevistados, o enfermeiro supervisor tem como tarefa de ajudar a mobilizar conhecimentos dos alunos, de modo a que ponham em prática aquilo que aprendem na teoria. Como refere trechos das entrevistas “*ajudar a retirar dúvidas*” (P6), “*ajudam-nos a trazer alguns instrumentos para fomentar a aprendizagem*” (P8) e ainda, “*ajudamos a mobilizar conhecimentos*” (P2) Ou seja, como refere Carvalhal (2003) o enfermeiro supervisor deve ser um profissional integrado no contexto onde a aprendizagem se realiza, ou seja, devem ser, ao mesmo tempo, peritos ao nível pedagógico e teórico e também peritos na prática de enfermagem, sendo capazes de estabelecer uma relação

entre a teoria e a prática. Também Wong e Wong (1987 *cit in* Silva & Silva, 2004) vão de encontro à função referida pelos entrevistados, dizendo que a supervisão dos alunos tem como objetivo preparar os estudantes para a aplicação dos conhecimentos teóricos adquiridos anteriormente de forma a que estes sejam aplicados na prática, ou seja, nos cuidados a prestar aos utentes, através da aquisição de habilidades profissionais e pessoais.

Ainda nas funções do supervisor clínico em enfermagem de saúde familiar, a última função avançada por grande parte dos enfermeiros entrevistados é a promoção para a realização das práticas, ou nas palavras destes “*promover mesmo a experiência*” (P1) ou “*tomar contato com a realidade*” (P1), sendo por isso, o profissional por excelência que auxilia os estudantes a fazer a ponte para a prática. Neste sentido Abreu (2003) refere que a supervisão deve ser feita por um profissional familiarizado com o contexto e com a prática, permitindo assim ao estudante concetualizar a sua própria prática, construindo também novos saberes. Reforça-se, então, a ideia avançada por Serra (2011) em que refere que há acompanhamento e avaliação do estudante durante o seu processo de aprendizagem.

As funções indicadas pelos enfermeiros supervisores entrevistados realçam a importância da articulação entre a teoria e a prática, sendo os principais responsáveis por apresentar a realidade da prática profissional aos estudantes. Só se formam enfermeiros competentes se existir uma relação saudável entre a teoria e a prática profissional, sendo que, para tal, é necessário que a teoria e a prática se influenciem mutuamente durante todo o processo de ensino-aprendizagem dos futuros profissionais. Deve-se, então, pensar colaborativamente, de modo a que cada vez mais a teoria e a prática se completem, facilitando assim a transição da teoria para a prática, transição esta que nem sempre é fácil (Carvalho, 2003; Silva & Silva, 2004; Garrido & Simões, 2007).

Perfil do supervisor clínico em enfermagem de saúde familiar

A área temática seguinte diz respeito à caracterização do supervisor clínico em enfermagem de saúde familiar. Foram identificados pelos entrevistados várias características que um enfermeiro supervisor deve apresentar, sendo as primeiras a empatia e a reflexividade. A empatia pode ser definida como a capacidade de interpretar e compreender os sentimentos e os pensamentos das outras pessoas, reconhecendo as suas emoções, aceitando as suas perspetivas, crenças e valores, mesmo que estes sejam diferentes (Moreira & Torres, 2013). A empatia é também caracterizada pela tolerância à frustração provocada pela atitude do interlocutor e uma genuína preocupação com o bem-estar do outro (Sampaio, Camino & Roazzi, 2009). A empatia permite o desenvolvimento da relação com o aluno, e como já foi anteriormente referido, uma boa supervisão assenta numa relação de qualidade entre o supervisor e o aluno, confirmando o que é preconizado no modelo de desenvolvimento profissional proposto e regulamentado pela Ordem

dos Enfermeiros (2010). Já a reflexividade, ou prática reflexiva, tem vindo a adquirir um reconhecimento cada vez maior na prática de enfermagem, assistindo o processo de aprendizagem e impulsionando o próprio corpo do conhecimento da disciplina (Peixoto & Peixoto, 2016). Neste documento, é referido que o enfermeiro supervisor deve ter a “capacidade, sensibilidade e empatia, para reconhecer o outro na sua individualidade e compreender a sua problemática” (OE, 2010, p.18). No que concerne à prática reflexiva, num estudo realizado por Silva & Sá-Chaves (2008), os enfermeiros supervisores atribuíram uma grande importância na utilização desta estratégia, uma vez que possui um carácter avaliativo e de acompanhamento muito forte, considerando ser um instrumento de autoavaliação preponderante entre os alunos, fomentando entre estes o desenvolvimento das atividades de enfermagem, aumentando assim as suas aptidões na prática clínica (Guerra, 2008). Ainda neste sentido Enders, Brito & Monteiro (2004), consideram que as competências reflexivas e crítico-analíticas devem ser encaradas como um importante marco na disciplina de Enfermagem, contribuindo para a formação de profissionais competentes, críticos e participantes dentro da sua comunidade.

No seguimento da empatia referida anteriormente, também foi referido como uma característica importante para o perfil de um enfermeiro supervisor a qualidade do desenvolvimento das suas relações interpessoais e a facilidade com que as desenvolve, como se pode observar pelas unidades de registo “*disponibilidade para acompanhar o aluno*” (P7), “*é importante também criar relações*” (P6) e “*deve ser uma pessoa que esteja bastante disponível*” (P6), que servem de exemplo das respostas dadas pelos enfermeiros entrevistados. As perceções dos entrevistados vão de encontro ao referido por Alarcão & Tavares (2003), que defendem que a “supervisão clínica deve ser caracterizada por uma relação interpessoal dinâmica, facilitadora e encorajante de um processo de desenvolvimento profissional e de aprendizagem comprometida e consciente” (p.71). Garrido, *et al.* (2008) consideram que o bom relacionamento interpessoal e profissional é uma das qualidades essenciais do supervisor. Os mesmos autores consideram que as características pessoais do supervisor também devem ser consideradas, tais como a “empatia, autoestima positiva, facilidade no relacionamento interpessoal, saber ouvir, capacidade de observação e de análise e boa comunicação (feedback)” (p. 62). Cottrell & Smith (2005) realçam a importância do tipo de aproximação a ser adotada na relação interpessoal, sendo essencial para o sucesso da supervisão. Assim, a relação da supervisão clínica está diretamente associada com a qualidade da relação entre o supervisor e o supervisionado, onde ambos devem ter um papel ativo e em que o supervisionado tem um papel de grande importância no processo de crescimento profissional.

A formação em supervisão clínica foi outra das características que os entrevistados consideram ser muito importante para o perfil de um enfermeiro supervisor. A supervisão clínica em enfermagem é um processo que implica que os enfermeiros supervisores adquiram determinadas

capacidades e conhecimentos, sendo o processo de formação destes uma fase fundamental deste processo (Lynch & Happell, 2008). No mesmo seguimento Ferreira, Pires & Sardo (2011), referem que investir na formação de enfermeiros supervisores é imprescindível para que seja assegurado um caminho de sucesso no que toca à qualidade do ensino dos novos enfermeiros e do seu exercício profissional. A qualidade da supervisão dada aos estudantes é essencial para o desenvolvimento do conhecimento pessoal e profissional, das capacidades reflexivas e na construção da identidade profissional. Quando um supervisor clínico se encontra mal preparado ou não preparado de todo, pode projetar as suas necessidades, incertezas e dúvidas nos alunos que está a supervisionar (Ferreira, Pires & Sardo, 2011). Carvalhal (2003) considera que a formação pedagógica que o supervisor deve ter, deve ser relativa ao funcionamento geral do processo de ensino e aprendizagem e às diferentes fases específicas que são exigidas para o desenvolvimento de todo o processo. Garrido (2004) considera que o reconhecimento das necessidades de formação dos enfermeiros supervisores é um fator fulcral para o sucesso da implementação da supervisão clínica. Lynch & Happell (2008) e Waskett (2009) referem que para o processo de supervisão é necessária uma formação e atualização contínua de modo a que, tanto o supervisor como o supervisionado estejam perfeitamente preparados para realizar as suas funções de forma correta e eficaz. Os supervisores devem, então, possuir uma formação estruturada, baseada nos princípios médico-científicos inerentes à profissão de enfermagem, não devendo ser atribuída administrativamente como mais uma tarefa ou ser atribuída apenas por vocação (Serra, 2013).

O conhecimento técnico e científico do supervisor, naturalmente, foi apontado pelos entrevistados como sendo de extrema importância para uma supervisão bem-sucedida, como mostram algumas unidades de registo, como *“ter bastante conhecimento científico” (P1)*, *“bom conhecimento técnico da supervisão” (P1)*, *“rigoriedade em termos técnicos ou científicos” (P9)*, *“bom conhecimento técnico da supervisão” (P1)*. Enquanto disciplina, a enfermagem constrói-se por um conjunto de conhecimentos e saberes. Por um lado, o conhecimento científico, ou seja, os conhecimentos com origem nos saberes médicos, e por outro lado no conhecimento empírico, resultado das técnicas levadas a cabo pelos enfermeiros, que vão aumentando à medida que se vão desenvolvendo e evoluindo os meios de diagnóstico e tratamento, cuja execução deixa de estar a cargo do médico (Rodrigues, 2011). No que concerne aos enfermeiros supervisores, estes têm de possuir conhecimentos científicos e técnicos sólidos e atualizados, como refere, Carvalhal (2003). A opinião dos entrevistados é corroborada por Berggren & Sverinsson (2003) afirmando que o conhecimento, a experiência e as qualificações são elementos centrais para o desenvolvimento do aluno e da sua identidade profissional. Abreu (2007), também considera que, além do estímulo profissional, de uma boa capacidade de relação interpessoal, uma boa capacidade de planeamento, um supervisor deve ter conhecimentos técnicos e científicos apropriados para a função que irá desempenhar.

A última característica que um supervisor deve ter, de acordo com os participantes, é a experiência profissional, ser competente da prática, como mostram as seguintes unidades de registo “*conhecedor também da prática*” (P8) ou “*tem que ser alguém com competência teórica ou prática*” (P5). Como se pode ver muitos dos entrevistados dão grande importância ao conhecimento prático e teórico, o profissional de enfermagem deve ter experiência sólida e conhecimento técnico, para conseguir orientar o estudante no seu desenvolvimento humano e profissional, sobretudo através de demonstração de procedimentos (Cunha et. al. s/d), deve ser uma pessoa bem experiente e informada para orientar o aluno (Garrido, et al. 2008). Abreu (2007) e dá opinião que o supervisor deve ter boa base de conhecimento e experiência necessárias para fortalecer a profissão, a experiência na área enfermagem é o alicerce para formação dos futuros profissionais. Como refere Dias (2010), na prática clínica há sempre experiências de casos que fogem às descrições dos manuais, mas nunca passa despercebida pelo enfermeiro experiente. Dentro desta categoria os entrevistados referem ao requisito gostar de ser supervisor, como um item a ser avaliado para o sucesso da formação em ensino clínico, como podemos ver nos fragmentos das entrevistas “*gostar de ser supervisor*” (P1), ou “*gostar de ter alunos*” (P1), considerando um conjunto de características pessoais do supervisor, como nos referimos a acima a relação interpessoal entre outras características do supervisor será a base para o sucesso deste requisito.

Perceção do enfermeiro de saúde familiar acerca das vivências significativas em ensino clínico

A área temática seguinte diz respeito à perceção do enfermeiro de saúde familiar acerca das vivências significativas em ensino clínico. De acordo com os entrevistados, as vivências significativas, são situações e experiências marcantes para o indivíduo, com algum significado especial e, por isso, experiências marcantes. De facto, e como refere Abreu (2007), o estudante de enfermagem só aprende se vivenciar diferentes experiências e refletindo sobre estas, construindo, assim, o seu próprio conhecimento e contribuindo para o seu desenvolvimento pessoal e profissional. São várias as vivências significativas que os estudantes experienciam em contexto de ensino clínico, podendo estas vivências ser positivas ou negativas. De acordo com os resultados obtidos num estudo realizado por Braga & Machado (2011), as vivências mais positivas relatadas por alunos de enfermagem são aquelas relacionadas com a relação estabelecida com o utente e à sua promoção do estado de saúde, à prestação de cuidados, com a relação com a equipa de trabalho e as reuniões com o seu enfermeiro supervisor. Em outro estudo realizado por Backes *et al.* (2012), é notória a performance do aluno diante da realidade vivida, os mesmo se confrontam com situações reais da vida familiar em cotidiano diário, deparam-se com situações contraditórias, antagônicas e incertas, o contato real com as famílias provocam sentimentos e

vivências. No que concerne às vivências negativas as mais relatadas são aqueles que têm a ver com o sofrimento ou a morte do doente, stress relacionado com a execução de determinadas técnicas, a presença do enfermeiro supervisor e também os comentários feitos por profissionais relativamente aos utentes ou a forma como estes falavam com os mesmos (Braga & Machado, 2011). Carvalho (2004, p.40) refere que “as vivências de um ensino clínico provocarão sempre no aluno uma qualquer mudança”. O que se pretende é que esta mudança seja feita no sentido de ir ao encontro dos objetivos educacionais que são definidos pelas escolas de saúde, juntamente com as unidades de saúde, na qual são consideradas como locais importante de desenvolvimento de competências do aluno (Rua, 2011), dado que este é mais abrangente, no sentido de se constituir como promotor de saúde da população, e das próprias vivências dos alunos. A integração do aluno no ensino clínico no final do primeiro ano, na opinião de Rua (2011), possibilita ao aluno integrar-se e socializar-se á profissão, vivenciando os diversos aspetos que o ensino clínico produz.

Perceção do enfermeiro de saúde familiar acerca da reflexão em ensino clínico

A área temática seguinte foi a perceção do enfermeiro de saúde familiar acerca da reflexão em ensino clínico. a reflexão sobre a prática é um dos pilares fundamentais do ensino clínico, ajudando o aluno a desenvolver-se ao nível profissional e pessoal, uma vez que, a mobilização do saber e do saber-fazer, adequado às situações concretas, apenas é possível com a reflexão na e sobre a ação (Schon, 2000). O mesmo autor refere que a prática reflexiva pode servir de mediador da aprendizagem, quer para os estudantes como para os próprios profissionais, uma vez que, é através da reflexão que o individuo percebe e critica os seus conhecimentos que se formaram em torno de expectativas repetitivas de uma prática especializada, atribuindo assim novos significados às situações que a prática vai permitindo experienciar. A reflexão apresenta-se, assim, como sendo uma ferramenta essencial para a aprendizagem, uma vez que o individuo vai recapturar a sua experiência, pensando sobre ela, meditando e avaliando (Peixoto & Peixoto, 2016).

É defendida por Schon (2000), referindo que a reflexão sobre a prática é geradora de conhecimento sobre os fenómenos em causa e a mudança, suportando quer a componente cognitiva, quer a componente emocional. Assim, o estudante vai ter a capacidade de usar a reflexão para agir, durante a ação e após esta ter ocorrido. Abreu (2003) refere que a reflexão é uma competência essencial e implícita na prática de enfermagem e que é na altura da supervisão clínica que esta deve ser trabalhada junto dos futuros enfermeiros. A análise crítica e a prática reflexiva são consideradas as estratégias mais relevantes para os enfermeiros supervisores no que toca à supervisão clínica de acordo com um estudo realizado por Pires *et al.*, (2016), mostrando a importância da reflexão, baseada em processos reflexivos ao nível interpessoal e intrapessoal

(Kim, 2010). A prática reflexiva é fundamental para a profissão de enfermeiro, levando à reestruturação de interpretações e práticas na medida em que, são alcançados níveis mais altos de compreensão sobre questões profissionais, e há uma maior probabilidade de serem encontradas soluções para os diferentes tipos de desafios enfrentados pelos enfermeiros, promovendo a autonomia e melhorando a qualidade das práticas profissionais (Hirkäs, Lehti & Paunonen-Ilmonen, 2001).

Ainda sobre a prática reflexiva, os entrevistados avançam a importância da realização da reflexão em equipa, ou seja, com outros colegas, como podemos ver nos fragmentos das entrevistas *“sobre o facto de nós refletirmos sobre aquilo que ele marca na prática” (P5), refletir leva ao supervisor poder analisar de outro ponto de vista” (P9)* ou ainda *“acho que até essa partilha deveria ser em equipa” (P3)*. Esta importância é realçada, também, por Butterworth *et al.* (1996), afirmando que a supervisão clínica potencia o relacionamento e a partilha de saberes entre profissionais, proporcionando assim aconselhamento e apoio ao profissional em formação. Se se verificar a necessidade de reestruturar a prática clínica deve haver empenho ao nível pessoal de cada um dos profissionais, mas também ao nível do grupo, de modo a que a eficiência da organização e de toda a estrutura profissional seja assegurada. O trabalho e a reflexão em equipa são apontados pelos enfermeiros supervisores, de acordo com o trabalho realizado por França (2013), para resolver problemas e contornar as dificuldades encontradas na prática diária recorrendo-se à reflexão em equipa, ou seja, à partilha de conhecimentos e experiências de modo a que sejam implementadas novas dinâmicas e métodos de trabalho. De um modo geral pode-se definir prática reflexiva como sendo o envolvimento dos indivíduos em atividades intelectuais e afetivas para explorar as suas experiências de modo a concretizar uma nova compreensão e assim avançar com o conhecimento dentro da disciplina (Boud, Kohl & Walker, 1985, cit in Peixoto & Peixoto, 2016).

Vivências significativas na supervisão clínica em enfermagem de saúde familiar

No processo de supervisão são várias as vivências significativas que os enfermeiros supervisores experienciaram, sendo esta a próxima área temática identificada. Como já foi referido anteriormente, as vivências significativas dizem respeito a experiências marcantes, que podem ser negativas ou positivas, O termo vivências, por sua vez, era utilizado para designar um conteúdo que permanece da vivência, algo marcante ou significativo (Barreto, 2010), na qual, terá influência na prática profissional e no desenvolvimento pessoal do indivíduo. Assim, durante a supervisão, são várias as vivências experienciadas pelos supervisores. No que concerne às experiências negativas, os enfermeiros supervisores entrevistados destacaram as seguintes: experiências negativas relacionadas com a falta de interesse dos alunos para com a profissão;

experiências negativas relacionadas com a relação supervisor-aluno (relacionamento interpessoal) e habilidades práticas dos alunos insuficientes. Os enfermeiros supervisores consideram que a supervisão em ensino clínico tem como principal objetivo o desenvolvimento de competências no aluno, devendo promover neste uma atitude de confiança e responsabilidade pela qualidade do ensino (Simões, Alarcão & Costa, 2008). Ao verificarem que essas competências não estão a ser desenvolvidas, como por exemplo, quando desempenham determinado procedimento de forma errada ou não mostram interesse pela profissão, existe claramente uma conotação negativa nas vivências dos enfermeiros relativamente ao processo de supervisão clínica. Há que referir que Simões, et al. (2008), no seu trabalho, identificaram a valorização dada por parte dos supervisores do desenvolvimento de competências atitudinais e a mobilização de competências cognitivas para a prestação de cuidados de enfermagem, pelo que quando tal não se verifica, pode-se afirmar que a supervisão não está a cumprir os objetivos pretendidos. Também uma relação interpessoal mal conseguida é uma experiência negativa no que toca à supervisão, sendo que certas situações, devido a um tipo negativo de relações interpessoais com o supervisor, podem gerar nos estudantes aversão ao processo de aprendizagem inerente ao ensino clínico (Carvalho, 2003). Segundo Cabete *et al.* (2016), são essas vivências do dia a dia dos alunos que permitem o contato com a realidade no ensino clínico, que por vez, faz com que os momentos sejam marcantes em uma perspectiva negativa ou positiva. Por outro lado, são inúmeras as vivências significativas positivas relatadas pelos entrevistados, nomeadamente no que toca à relação interpessoal desenvolvida entre a figura do supervisor e o estudante, sendo vários os momentos que traduzem esse positivismo “*me deixaram com uma grande satisfação de trabalhar com eles*” (P5), ainda “*ela disse que iria continuar no 4º ano com aquele estágio que é opcional*” (P1). Já foi visto nesta análise que a capacidade de manter relações interpessoais de qualidade é uma das características-chaves que um supervisor deve apresentar, uma vez que a supervisão assenta na relação entre o supervisor e o aluno.

Aprendizagens nas vivências significativas na supervisão clínica em enfermagem de saúde familiar.

Por fim, a última área temática, diz respeito às aprendizagens retiradas das vivências significativas na supervisão clínica em enfermagem de saúde familiar. A supervisão clínica não é só um momento de aprendizagem para o estudante, mas também para o seu supervisor, fatores como autorreflexão, manter a atividade mental, melhorar as práticas, além de desenvolver conhecimentos como atividades advindas da supervisão, como mostra fragmentos das entrevistas “*eu sinto que quando estou com alunos faço raciocínio a mim própria*” (P1), “*temos sempre possibilidade de melhorar*” (P2), é essencial que os enfermeiros orientadores em ensino clínico desenvolvam na área da supervisão estratégias que possibilitem absolver aprendizagens que

melhorem suas práticas, neste sentido o supervisor que tem de se ir atualizando e evoluindo para prestar um trabalho cada vez mais completo. Como refere Alarcão & Tavares (2003) a supervisão não é apenas um processo técnico, sendo que o supervisor vai trabalhar com pessoas, contextos, relações, factos, previsões e consequências, sendo que todos os dias os supervisores são confrontados com novas situações, da qual retiram aprendizagens, melhorando assim a sua prática clínica. Abreu (2007) refere que “*o supervisor investe na transformação do conhecimento pelo sujeito em formação*” (p.168), nesta perspetiva estão incluídos saberes que vão ser passados aos futuros profissionais de enfermagem. Um bom supervisor deve possuir o saber e a perícia baseada na profundidade da experiência do seu campo de especialidade, sendo aceite por aqueles que supervisiona (Tomlinson, 2015).

A categoria para o aluno, a estratégia de assimilação do aluno é o ponto chave para o desenvolvimento de competências, capacidade para transformar conhecimento e atitudes, é isto que o supervisor espera do aluno em ensino clínico, é necessário que os mesmos desenvolvam atitudes e estratégias que favoreçam a aprendizagem em ensino clínico. O contexto clínico é um espaço de aprendizagem de grande influência para a formação profissional do enfermeiro, caracterizando-se pela transformação do conhecimento com recurso, métodos, estratégias dinâmicas e interatividade como a observação, a reflexão, debate e análise (Fonseca *et al.*, 2016). Na opinião de Abreu (2007), no que refere trabalho com aluno, é certo que este é detentor de conhecimento, na qual ao longo de sua trajetória vai somando-se e formulando novos conhecimentos e aprendem a construir novos saberes. Detetar um modelo de aprendizagem na qual cada aluno se encaixa, é necessário para se aperceber claramente a distinção entre aprendizagem significativa e aprendizagem mecânica (Pelizzari, *et al.*, 2002), seguindo a linha de pensamento deste autor, efetivamente a aprendizagem significativa tem benefícios favoráveis, tanto do ponto de vista do desenvolvimento da estrutura cognitiva do aluno como da capacidade para experimentar novas aprendizagens, fatores que demarcam como sendo a aprendizagem mais adequada para ser promovida entre os alunos. O aprendiz reage passivamente aos estímulos do meio exterior, sendo dependente do que resultam do seu comportamento. Deste modo, a aprendizagem consiste em aumentar o número de respostas, com ênfase no “saber fazer” (Barroso, 2009). A estratégia conhecida como *Problem Based Learning* ou Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) é atualmente discutida como um dos métodos pedagógicos mais eficaz em ensino clínico, possibilitando ao estudante ser sujeito ativo na construção do seu próprio conhecimento (Mendes, *et al.*, 2012).

5. CONCLUSÕES

5.1. SÍNTESE DOS PRINCIPAIS RESULTADOS

A supervisão clínica em enfermagem apresenta uma grande importância no que toca ao desenvolvimento profissional e pessoal dos futuros profissionais de enfermagem, sendo uma ferramenta essencial para promover competências fundamentais para a tomada de decisão e para a resolução de problemas em contexto real da prática clínica. Numa primeira fase, a qualidade da supervisão dos futuros enfermeiros é decisiva para que se formem profissionais competentes. Porém, a supervisão clínica ultrapassa a instância dos saberes científicos e técnicos, sendo muito importante para o desenvolvimento da capacidade reflexiva, do suporte pessoal e emocional e ainda da capacidade de organização.

Para este trabalho aplicou-se uma entrevista a 10 enfermeiras supervisoras de modo a analisar as suas vivências significativas e percepções sobre a supervisão clínica em enfermagem. Para as enfermeiras supervisoras entrevistadas a supervisão clínica em enfermagem diz respeito a um processo de gestão da aprendizagem do aluno, onde o supervisor deve conduzir, monitorizar, controlar e avaliar a prática clínica dos seus supervisados, ou seja, é um processo onde se vai fazer o acompanhamento da aprendizagem do aluno, orientando-o no desenvolvimento da autonomia para o saber-ser e no saber-fazer inerente às práticas de enfermagem.

Outra das conclusões a que se chegou através do discurso das entrevistadas é o facto da supervisão clínica basear-se numa relação colaborativa entre o supervisor e o aluno, sendo que a qualidade dessa relação vai determinar o sucesso do processo de supervisão. É a relação entre enfermeiros altamente qualificados e com grande experiência com os futuros profissionais de enfermagem que oferece a possibilidade destes últimos contruírem uma base de saberes teóricos e práticos assentes na realidade da prática clínica. Na realidade a supervisão clínica é a ponte perfeita entre a teoria dada nas escolas de enfermagem e a prática associada à enfermagem, tal como afirmam as entrevistadas.

Através das entrevistas foi também possível identificar as principais funções do supervisor clínico em enfermagem de saúde familiar, a saber: orientação para a aprendizagem, ou seja, orientar o aluno na sua formação, nomeadamente na prática clínica; ajudar a mobilizar conhecimentos do aluno, permitindo que o aluno assimile a cultura dos cuidados de enfermagem, integrando e mobilizando os conhecimentos adquiridos na parte teórica do curso e por fim deve ser o promotor para a realização das práticas, ou seja, promover o contacto com a realidade da profissão de enfermagem, com as diferentes funções, técnicas e estratégias do dia-a-dia de ser enfermeiro.

Também foi possível identificar as principais características que devem estar presentes no perfil de um supervisor clínico em enfermagem de saúde familiar. Um enfermeiro supervisor deve ser empático, reflexivo, ser capaz de desenvolver relações interpessoais com facilidade e qualidade, com conhecimento técnico-científico e experiência profissional, promovendo a prática reflexiva no aluno. Há que destacar a importância da prática reflexiva na supervisão clínica assim como a formação adequada na área da supervisão. A prática reflexiva é responsável pela construção do conhecimento sobre diferentes fenômenos associados à prática clínica, promovendo a aprendizagem e a mudança, essencial para a prática profissional e para o desenvolvimento pessoal. Já a formação dos enfermeiros supervisores é muito importante uma vez que a supervisão clínica é um processo complexo que implica a presença de determinadas capacidades e conhecimentos que só uma formação adequada pode oferecer.

Durante o ensino clínico dá-se uma grande importância às vivências significativas, ou seja, experiências marcantes para os indivíduos que podem ser positivas ou negativas. A aprendizagem só acontece através da vivência de diferentes experiências e da posterior reflexão sobre estas, de modo a que seja possível a construção do seu próprio conhecimento. Mais uma vez a prática reflexiva tem uma grande importância para analisar as diferentes vivências e experiências que vão acontecendo.

Os próprios enfermeiros consideram que durante o processo de supervisão, e tendo em conta que esta é uma relação colaborativa, todos aprendem, incluindo os próprios supervisores, que retiram também aprendizagens positivas ou negativas tendo em conta as suas próprias vivências significativas durante toda a relação desenvolvida com o estudante. Refletir sobre a ação é sempre importante de modo a que estes possam melhorar a sua própria prática clínica, evoluindo e mantendo-se atualizados, passando a informação sempre mais pertinente para os seus supervisados.

As conclusões obtidas vão no sentido da grande importância da implementação da supervisão clínica para um desenvolvimento profissional eficaz, para que melhores enfermeiros sejam formados, melhorando assim a qualidade dos serviços de saúde, uma melhor organização das unidades clínicas e um aumento da satisfação dos enfermeiros.

5.2. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Durante a realização do presente trabalho foram sentidas algumas dificuldades. No entanto, este foi desenvolvido com a maior dedicação e empenho, o que permitiu a aprendizagem no âmbito da investigação em enfermagem, tendo-se atingido os objetivos propostos.

A primeira grande limitação sentida foi a existência de uma grande diversidade de conceitos relacionados com a supervisão clínica dificultando a definição e a delimitação ao nível teórico e conceitual. No âmbito da enfermagem de saúde familiar, no que concerne a supervisão clínica neste contexto, deparámo-nos com certa dificuldade em encontrar literatura pertinente a pesquisa, á definir conceitos de vivências e experiências significativas do ensino clínico em enfermagem de saúde familiar.

Outra das limitações encontradas foi na constituição do grupo de participantes, nomeadamente em conciliar os diferentes horários para entrevistar as enfermeiras supervisoras. Estas são profissionais extremamente ocupadas, pelo que nem sempre foi fácil marcar uma data e uma hora para que fosse possível a realização das entrevistas, pelo que o tempo disponível foi sempre um problema.

Por último, sem muita conotação, é necessário expor as limitações pessoais sentidas ao longo deste percurso, o deslocamento para as unidades de saúde foi um empecilho para o sucesso da coleta de dados, tendo que conciliar a ida em mais de um momento. A conciliação do tempo despendido nesta dissertação com a vida familiar e profissional, consistiu, de facto, um grande desafio que foi sendo contruído com persistência e interesse em concluir a pesquisa, na qual será de grande valia e contributo para a enfermagem de saúde familiar, apesar dos obstáculos, contei com apoio imprescindível e incondicional de muitas pessoas significativas neste percurso.

5.3. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA E TRABALHO FUTURO

A supervisão clínica é uma área cada vez mais relevante da intervenção dos enfermeiros, com um grande potencial de investigação e desenvolvimento, sendo uma área particularmente sensível e desafiante para os profissionais de saúde, para as organizações e para o poder político, uma vez que é através do sucesso da supervisão clinica que se forma profissionais de enfermagem cada vez mais competentes. Existe então a necessidade de se unir esforços para que seja possível a implementação de um processo de supervisão clínica nas práticas de enfermagem principalmente no campo da saúde familiar.

Este trabalho colaborou para o nosso desenvolvimento pessoal e profissional, tendo em consideração às várias experiências adquiridas durante a sua realização e a aquisição de novos conhecimentos acerca das conceções em supervisão. Foi uma maneira de melhor compreender e valorizar as dificuldades e estratégias desenvolvidas e aperfeiçoada pelos enfermeiros supervisores em enfermagem de saúde familiar, a qual deve ser também contributo para as práticas reflexiva acerca da supervisão clínica em enfermagem, sendo o nosso objeto de intervenção e ensino, para além do aperfeiçoamento profissional em supervisão clínica.

Espera-se com este estudo o desenvolvimento de competências necessárias para o desempenho do papel de enfermeiro supervisor em ensino clínico, sendo possível melhorar a aprendizagem dos estudantes, através das novas conceções e aquisições de competências, garantindo assim uma formação de enfermeiros capazes de exercer uma profissão em permanente mudança, que exige constantes atualizações e adaptações dos seus profissionais.

Considera-se essencial mais informações de outras realidades para poderem ser generalizadas as conclusões com recurso, a metodologia qualitativa, que permita contribuir para clarificar o processo de supervisão com vista a melhorar o processo.

A divulgação deste trabalho será necessária no campo da supervisão em contexto de saúde familiar, fazer com que os enfermeiros reflitam sobre as suas intervenções e condutas no processo de supervisão e orientação de alunos, de forma a esforçarem-se em aproximar as suas atitudes na prática diária de inclusão de boas práticas de ensino e aprendizagem, à elevada importância que lhe atribuem. Espera-se que se consciencializem no sentido de mudarem os seus conceitos, de forma a melhorar a qualidade do ensino clínico.

Sugere-se que sejam realizados outros estudos de natureza idêntica, envolvendo outros intervenientes, para que se possa aumentar a base e o portfólio de conhecimento de modo a melhorar a gestão e a qualidade do processo ensino e aprendizagem em contexto de ensino clínico. Por exemplo, seria interessante fazer uma entrevista semelhante aos alunos de modo a comparar as perceções dos enfermeiros supervisores com as perceções dos alunos de enfermagem. Tal comparação iria permitir resolver algumas lacunas sentidas pelos alunos, nomeadamente no relacionamento com os seus supervisores e nas diferentes estratégias utilizadas durante a supervisão do ensino clínico.

Tendo em conta o carácter colaborativo da supervisão clínica, devem ser, também, realizados estudos baseados em práticas e estratégias reconhecidas pelo trabalho colaborativo, de modo a entender de que forma se organiza o conceito de colaboração neste tipo de contextos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. C. (2001). *Identidade, Formação e Trabalho: Das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- Abreu, W. C. (2003). *Supervisão Qualidade e Ensinos clínicos: Que parcerias para excelência em saúde*. Coimbra: Formasau.
- Abreu, W. C. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau.
- Aguiar, M.J. (2013). *Supervisão de Ensinos Clínicos em Enfermagem: Perspetivas e Vivências dos Enfermeiros Orientadores*. Dissertação de Mestrado da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa.
- Alarcão, I. & Canha, B. (2013). *Supervisão e Colaboração: Uma Relação para Desenvolvimento*. Porto: Porto Editora.
- Alarcão, I. (1997). *Percursos de formação e desenvolvimento profissional*. Porto: Porto Editora.
- Alarcão, I., Tavares, J. (2007). *Supervisão da Prática Pedagógica: Uma perspetiva de desenvolvimento e aprendizagem*. 2ª ed. Coimbra: Edições.
- Alarcão, I.; Abreu, W. – Prefácio, 2010. In: RUA, M. – *De aluno a enfermeiro: desenvolvimento de competências em contexto clínico*. Loures: Lusociência, pp.13-14.
- Alarcão, I.; Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14(3), 373-382.
- Amendoeira, J. (2009). Ensino de Enfermagem: Perspectivas de desenvolvimento. *Pensar Enfermagem*, 13(1), 2-12.
- Araújo, C. (2014). Perceção dos Utentes de uma Unidade de Saúde Familiar dos Cuidados do Enfermeiros de Família. Dissertação de Mestrado em Ciências da Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

- Arco, A. R. (2005). A Dialética Teoria/Prática-um Paradigma na Formação em Enfermagem. *Revista Sinais Vitais*, 62, 10-13.
- Barbosa, M. C. S. (2015). Fatores que Influenciam a Supervisão de Estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem em Ensino Clínico: Perspetiva do Enfermeiro Tutor. Dissertação e Mestrado da Universidade do Porto.
- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Barreto, J. P. F. (2010). Conceito de Vivência em Freud e Husserl. *Psicologia, USP, São Paulo* 21 (1) 47-78.
- Barroso, I. M. R. C. (2009). O Ensino Clínico No Curso De Licenciatura Em enfermagem: Estudo Sobre As Experiências De aprendizagem, Situações e Fatores de Stresse Nos Estudantes. Tese de Mestrado Universidade do Porto.
- Batista, K. T., Andrade, R. R. De, & Bezerra, N. L. (2012). O papel dos comitês de ética em pesquisa. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, 27(1), 150–155. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-51752012000100025>. Acedido em 20/03/2019.
- Becks, D. S., Grando, M. K., Gracioli, M. S. A., Pereira, A. D., Colomé, J. S., & Gehlen, M. H. (2012). Vivência Teórico-Prático Inovador no Ensino de Enfermagem. *Revista Ana Nery* 16 (3), 597- 602.
- Bell, J. (2010). Como Realizar um Projeto de Investigação. Editora, Gradiva publicações.
- Berggren, I. & Severinsson, E. (2003). Nurse supervisor`s actions in relation to their decision-making style and ethical approach to clinical supervision. *Journal of Advanced Nursing*, 41 (6), 615-622.
- Bicudo, V.A.M. (2000). *Fenomenologia: confrontos e avanços*. São Paulo: Editora Cortez.
- Bomar, P. J. (2004). *Promoting Health in Families: Appluing Family research and Theory to Nursing Practice*. (3th ed.) saunders, An Inprint of Elsevier. Canadá.

Boni, V.; Quaresma, J. (2005). Aprendendo a Entrevistar: Como fazer entrevistas em Ciências Sociais. Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC Vol. 2 nº 1 (3), janeiro-julho, p. 68-80. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/18027> Acedido em 12/02/2019.

Braga, M. & Machado, M. (2011). *Vivências de um Ensino Clínico*. [em linha]. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/20170/1/Viv%C3%AAsncias%20de%20um%20Ensino%20Clinico.pdf>. Acedido a 10 de maio de 2019.

Branco, P.C.C. (2014). Diálogo entre análise de conteúdo e método fenomenológico empírico: percursos históricos e metodológicos. *Revista da Abordagem Gestaltica*, 20(2), 189-197.

Busen, N. H., & J. Engebretson. 1999. Mentoring in advanced practice nursing: The use of metaphor in concept exploration. *The Internet Journal of Advanced Nursing Practice*, 2 (2), 1-9.

Butterworth, T. (1996). First steps towards evaluating clinical supervision in nursing and health visiting: Theory, policy and practice development: a review. *Journal of Clinical Nursing*, 5 (2), 127-132.

Cabete, D., Alves, P., Baixinho, C., Helga, R., Viegas, L., & Oliveira, C. S. (2016). A Primeira Experiência Clínica do Estudante de Enfermagem. *Revista Pensar*, vol. (20) nº 2

CDE (2009). Código Deontológico do Enfermeiro. [em linha]. Disponível em: <http://www.enfermagem.edu.pt/images/stories/CodigoDeontologico.pdf>. Acedido a 4 de abril 2019.

Câmara, R. H. (2013). Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. *Revista Interinstitucional de Psicologia*, 6(2), 179–191.

Cardoso, A.F.; Felizardo, H.M. & Januário, J.C. (2000). O enfermeiro como gestor do processo de preparação do regresso a casa. In M. Rodrigues & P. Queirós (Eds.), *Enfermagem: de Nightingale aos dias de hoje 100 anos*, (pp. 75-88). Coimbra: Unidade de investigação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

- Carvalho, R. (2003). *Parcerias na Formação. Papel dos orientadores clínicos*. Loures: Lusociência.
- Carvalho, A. L. (2004). *Avaliação da aprendizagem em ensino clínico no curso de licenciatura em enfermagem*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Conselho de Enfermagem (2003). Competências do enfermeiro de cuidados gerais. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CompetenciasEnfCG.pdf>.
- Costa, N. S. C. S. (2012). Formação em contexto clínico: A perspetiva do estudante de enfermagem. Universidade do Porto. Dissertação de mestrado da universidade do Porto.
- Cottrell, S. & Smith, G. (2005). *The Development of Models of Nursing Supervision in the UK*. [em linha]. Disponível em: <http://www.clinical-supervision.com/>. Acedido a 9 de maio de 2019.
- Cunha, C.; Vieira, F.; Macedo, A. P. (2017). Compreender a Construção de Competências Profissionais: Um Estudo no Contexto do Estágio em Enfermagem. *6º Congresso Ibérico-Americano de Investigação qualitativa*, 186-195.
- Cunha, M., Ribeiro, O., Vieira, C., Pinto, F., Alves, L., Santos, R., Martins, S., Leite, S., Aguiar, V. & Andrade, V. (s/d). *Atitudes do Enfermeiro em Contexto de Ensino Clínico: Uma Revisão da Literatura*. [em linha]. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium38/18.pdf>. Acedido a 9 de maio de 2019.
- DeCastro, T. G., & Gomes, W. B. (2011). Movimento Fenomenológico: Controvérsias e Perspectivas na Pesquisa Psicológica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(2), 233-240.
- Dias, E. S. (2010). *Supervisão de Estudantes em Ensino Clínico: A intervenção do tutor*. Universidade de Aveiro. Dissertação de Mestrado da Universidade de Aveiro.
- Enders; B.; Brito, S. & Monteiro, A. (2008). Análise conceitual e pensamento crítico: uma relação complementar na enfermagem. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 3 (25), 295-305.
- Ferreira, M., Pires, R. & Sardo, D. (2011). *Supervisão clínica em Enfermagem: a importância da formação*. [em linha]. Disponível em:

https://www.esenfc.pt/event/event/abstracts/exportAbstractPDF.php?id_abstract=2892&id_event=64. Acedido a 10 de maio de 2019.

Fernandes, I. D. F. (2010). O Primeiro Ensino Clínico no Percurso Formativo do Estudante de Enfermagem. Tese de Doutoramento da Universidade de Aveiro.

Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Loures: Lusociência.

Figueiredo, M. H., & Martins, M. M. (2010). Dos contextos da prática á (co) construção do modelo de cuidados de enfermagem de família. *Revista da escola de enfermagem da universidade de São Paulo*, 43(3), 615-621.

Fortin, M. (1999). O Processo de Investigação: da conceção à realização. Loures: Lusociência.

Fortin, M. F. (2009). Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação. Loures: Editora Lusodidata.

Fonseca, M. J., Soares, S., Gomes, J., & Marques, A. (2016). O processo de supervisão em ensino clínico. Perspectiva dos estudantes e enfermeiros. *Investigación En Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 18(2), 77. <https://doi.org/10.11144/javeriana.ie18-2>.

França, M. (2013). *Enfermeiros na experiência de supervisão clínica de novos profissionais: Adversidades e estratégias*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Friedman, M. (1998). *Family nursing: Research, theory and practice* (4th ed.). Connecticut, USA: Appleton & Lange.

Friedman, M., Bowden, V., & Jones, E. (2003). *Family nursing: Research, theory and practice*. Upper Saddle River, USA: Prentice Hall/Pearson Education.

Gago, E. (2008). *Crenças de eficácia nos papéis de carreira, valores de vida e prática de supervisão de ensinios clínicos, em enfermeiros*. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Lisboa, Portugal.

Garrido, A. & Simões, J. (2007). Finalidade das estratégias de supervisão utilizadas em ensino clínico de enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 16(4), 599-608.

- Garrido, A. (2005). Supervisão Clínica em Enfermagem. *Revista investigação em enfermagem*, 12, 27-34.
- Garrido, A. F. S. (2004). A Supervisão Clínica e a Qualidade de Vida dos Enfermeiros. Dissertação de Mestrado da Universidade de Aveiro, Portugal.
- Garrido, A.; Simões, J. & Pires, R. (2008). *Supervisão Clínica em Enfermagem: Perspetivas Práticas*. Aveiro: Universidade de Aveiro, Theoria Poiesis Praxis.
- Gil, A. C. (1994). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. Lisboa: Atas.
- Guerra, M. (2008). *Formação profissional dos enfermeiros: Determinantes da participação dos enfermeiros em ações de formação em serviço*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal.
- Hanson, S. M. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria prática e investigação* (2ª ed.). Lisboa: Lusociência.
- Hérbet, M. L.; Goyete, G.; & Boutin, G. (1990). Investigação Qualitativa Fundamentos e Práticas.
- Hyrkäs, K., Lehti, K. & Paunonen-Ilmonen, M. (2001). Cost-benefit analysis of team supervision: the development of an innovative model and its application as a case study in one Finnish university hospital. *Journal of Nursing Management*, 9, 259-268.
- Juliff, D., Russell, K. & Bulsara, C. (2016). The essence of helping: significant others and nurses in action draw men into nursing. *Contemporary Nurse*, 53 (2), 156-166.
- Letimer, J. (2003). Investigação Qualitativa Avançada para Enfermagem. Epistemologia e Sociedade. Instituto Piaget.
- Kim, H. (2010). *The Nature of Theoretical Thinking in Nursing* (13ª ed.). New York: Spring Publishing Company.
- Kimhi, E., Reishtein, J., Cohen, M., Friger, M., Nancy, H. & Rinat, A. (2016). Impact of Simulation and Clinical Experience on Self-efficacy in Nursing Students: Intervention Study. *Nurse Educator*, 41(1), E1–E4.

- Lecanda, R., & Garrido, C., (2003). Introducción a la metodología de investigación cualitativa. *Revista de Psicodidáctica*, 14, 5-40.
- Longarito, C. (2002). O ensino clínico: a importância da orientação e a construção do saber profissional. *Revista Investigação em Enfermagem*, 5, 1 -13.
- Lynch, L., Hancox, K.; Happel, B. & Parker, J. (2008). *Clinical supervision for nurses*. USA: WileyBalckwell.
- Macedo, A. P. (2012). *Supervisão em Enfermagem: Construir as interfaces entre escola e hospital*. Lisboa: De Fato Editores.
- Manzine, E. J. (2008). Considerações sobre transcrição de entrevista. Disponível em: https://transcricoes.com.br/wpcontent/uploads/2014/03/texto_orientacao_transcricao_entrevista.pdf. Acedido em 10/02/2019.
- Mendes, G., Martins, G., Oliveira, C., Silva, M. J., Vilaça, S. (2012). Contributos da aprendizagem Baseada em Problemas no Desempenho do Estudante de Enfermagem em Ensino Clínico. *Revista de Formación e Innovación Educativa Universitária*. Vol. 5, Nº 4, 227-240
- Minayo, M. C. S. (2004). O desafio do Conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. Editora Rusicitec.
- Moreira, V., & Torres, R. B. (2013). Empatia e Redução Fenomenológica: Possível Contribuição ao Pensamento de Rogers. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*; Rio de Janeiro, 65 (2): 181-197
- Nascimento. C. (2007). Docentes de enfermagem necessidades de formação em supervisão clínica. In. A.
- Neto, J., Marquês, D., Fernandes, M. & Nóbrega, M. (2016). Análise de Teorias de Enfermagem de Meleis: Revisão Integrativa. *Revista brasileira de Enfermagem*, 69 (1), 174-181
- Neves, M. (2012). O Papel dos Enfermeiros na Equipa Multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários – Revisão sistemática da literatura. *Revista de enfermagem e referência*, III (8), 125-134

- Nogueira, M.S.; Mendes, I.A.C.; Trevizan, M.A.; & Hayshida, M. (1993). Técnica dos incidentes críticos: uma alternativa metodológica para análise do trabalho em áreas cirúrgicas. *Revista Paulista de Enfermagem*, 12 (3), 107-112.
- Novo, S. (2011). *Gestão Da Supervisão Do Ensino Clínico Em Enfermagem: Perspectivas Dos Enfermeiros Orientadores Do CHNE, EPE*. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança, Portugal.
- Nunes, M.F. (2016). *Enfermeiro de família como cuidador privilegiado de famílias de pessoas com feridas no domicílio: perspectiva do enfermeiro*. Dissertação de Mestrado da Universidade de Aveiro.
- OE (2018). Ensino Clínico em Licenciatura deve ser supervisionado por Enfermeiro Disponível. [em linha]. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/ensino-cl%C3%ADnico-em-licenciatura-deve-ser-supervisionado-por-enfermeiro/>. Acedido a 5 de fevereiro 2019.
- OMS (2008). *Cuidados de Saúde Primários: Agora Mais Que Nunca*. Geneva: WHO.
- Patton, M.Q. (1987). *How to use qualitative methods in Evaluation*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Patton, M.Q. (1990). Qualitative evaluation and research methods. London: Sage. *Pesquisa qualitativa: um instigante desafio*. (pp 87-94). São Paulo: Veras.
- Peixoto, N. & Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, 11, 121-132.
- Pelizzari, A., Kriegl, M. L., Baron, M. P., Finck, N. T. L., & Dorociski, S. I. (2002). Teoria da Aprendizagem Significativa Segundo Ausubeu. *Rev. PEC, Curitiba*, v.2, n.1, p.39-42.
- Pinto, C. (2011) – *desenvolvimento do pensamento ético no contexto da formação inicial dos enfermeiros*. Dissertação de Mestrado da Universidade de Aveiro.
- Pires, E.I.F. (2016). *A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: a visão do enfermeiro de família*. Dissertação de Mestrado da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança.

- Pires, R., Santos, M., Pereira, F. & Rocha, I. (2016). Most Relevant Clinical Supervision Strategies In Nursing Practice. *icH&Hpsy 2016: 2nd International Conference on Health and Health Psychology*, 351 – 361.
- Pocinho, M. (2012). Metodologia de Investigação e Comunicação do Conhecimento Científico. Ed. Lidel Edições Técnica Ltda.
- Potter, P.A., & Perry, A.G. (2001). *Fundamentos de enfermagem: Conceitos, Processos e Prática*. Lisboa: Lusociência.
- R. Canário, & V. Lopes. *Processos de formação na e para a prática de cuidados*. Loures: Lusociência.
- Rodrigues, S. (2011). *Aprendizagem dos Enfermeiros ao Longo da Vida – Adaptação e Validação da Escala de Jefferson*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal.
- Rogan, E. (2009). Preparation of nurses who precept baccalaureate nursing students: a descriptive study. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 40 (12), 565-570.
- Rojas, J. (2011). O indivisível e o divisível na história oral. In: Martinelli, M.L. Rua, M. – *de aluno a enfermeiro: desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico*. Loures: Lusociência.
- Rua, M. S. (2011). De aluno á Enfermeiro: Desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico. Ed. Lusociência.
- Sampaio, L., Camino, C. & Roazzi, A. (2009). Revisão de aspetos conceituais, teóricos e metodológicos da empatia. *Psicologia: ciência e profissão*, 29(2), 212-227.
- Schon, D. (2000). *Educando o Profissional Reflexivo*. Porto Alegre: Editora Artmed.
- Serra, M. (2013). *Aprender a ser Enfermeiro - construção identitária profissional para estudantes de enfermagem*. Loures: Lusociência.

- Serra, M. J. N. (2011). Aprender a ser Enfermeiro: A Construção Identitária Profissional por Estudante de Enfermagem. Tese de Doutoramento do Instituto da Educação da Universidade de Lisboa, Portugal.
- Serrano, M., Carneiro da Costa, A. & Nunes da Costa, N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, 3, 15-23.
- Silva, D. & Silva, E. (2004). *O Ensino Clínico na Formação em Enfermagem*. [em linha] Disponível em: <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/8.pdf>. Acedido a 9 maio de 2019.
- Silva, M., Costa, M. & Martins, M. (2011). *Reforma dos cuidados de saúde primários (CSP): Olhares dos enfermeiros face a organização dos cuidados, nas equipas de saúde familiar*. Nova York: McGraw Hill.
- Silva, R. & Sá-Chaves, I. (2008). Formação reflexiva: representações dos professores acerca do uso do portfólio reflexivo na formação de médicos e enfermeiros. *Interface*, 12 (27), 721-734.
- Silva, R., Pires, R., & Vilela, C. (2011). Supervisão de estudantes de Enfermagem em ensino clínico – Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, III (3), 113-122.
- Simões, J. & Garrido, A. (2007). Finalidade das estratégias de supervisão utilizadas em ensino clínico de Enfermagem. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 16(4), 599-608.
- Simões, J. (2004). *Supervisão em ensino clínico de enfermagem: a perspectiva dos enfermeiros cooperantes*. Dissertação de Mestrado da Universidade de Aveiro.
- Simões, J. (2006). A Técnica dos Incidentes Críticos na Investigação em Enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 13, 64-71.
- Simões, J., Alarcão, I. & Costa, N. (2008). Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: a perspectiva dos Enfermeiros Cooperantes. *Revista Referência*, 6, 91-108.
- Sousa, A. (2014). O Conhecimento dos Alunos do 4º ano de Licenciatura de Enfermagem da UFP sobre Síndrome de Down. Universidade Fernando Pessoa.

- Spínola, A. & Amendoeira, J. (2014). O Processo de Cuidados: análise da conceção dos estudantes de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (2), 163-170. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn2/serIVn2a17.pdf>. Acedido em: 20/11/2018
- Streubert, H. J.; Carpenter, D. R. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o imperativo humanista*. Ed.
- Tomlinson, J. (2015). Using clinical supervision to improve the quality and safety of patient care: a response to Berwick and Francis. *Tomlinson BMC Medical Education*, 15, 1-8.
- Uriarte, S., Ponce, G., Bernal, Y. M. (2016). Vivências cotidianas en espacios clínico del Estudiante de Enfermería. *Enfermería Universitaria*.13(3):171
- Vilelas, J. (2017). *Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento*. 2ª ed. Editora, Sílabo
- Waskett, C. (2009). An integrated approach to introducing and maintaining supervision: The 4s model. *Nursing Times*, 105 (17), 24-26.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar/uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Whyte, D. A. (1997). *Explorations in Family Nursing*. USA. Routledge.
- Wrigth, I. M. & Leahey, M. (2005). *Enfermeiras e Famílias: Um Guia para avaliação e intervenção na família*. São Paulo: Rocca.
- Zurriaga, R. & Luque, O. (1995). *Formación en psicología social para non psicóloga*. Valência: N.A.U. libres.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Instrumento de recolha de dados

Apêndice 1- Instrumento de recolha de dados

Participante nº _____

INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

1 - CARATERIZAÇÃO DO ENFERMEIRO

Sexo: F ☐ M ☐ Idade _____ Tempo de Formação _____ (anos)

Categoria Profissional _____

Especialidade: Sim ☐ Não ☐ Se sim, qual? _____

Mestrado: Sim ☐ Não ☐ Se sim, qual? _____

Doutoramento: Sim ☐ Não ☐ Se sim, qual? _____

Formação em Supervisão Sim ☐ Não ☐ Se sim, qual? _____

Experiência em Supervisão de alunos: Sim ☐ Não ☐

Se sim, n.º de alunos que orientou _____

Se sim, tempo de supervisão em ensino clínico _____ (anos)

2 - GUIÃO DA ENTREVISTA

1. Para si o que é Supervisão Clínica?
2. Na sua opinião, quais as funções do supervisor?
3. Para si, quais as características que um supervisor deve ter?
4. No seu ponto de vista, que formação deve ter o enfermeiro que orienta estudantes em ensino clínico?
5. O que entende por vivências significativas em ensino clínico?
6. Na sua opinião, qual a importância da reflexão sobre vivências significativas?
7. Pode relatar ou descrever uma vivência significativa, com repercussões negativas ou positivas?
8. O que aprendeu com essa vivência?

Apêndice 2- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Apêndice 2- Declaração de Consentimento Informado do Participante

UNIVERSIDADE DE AVEIRO - CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Exmo. Sr. (a) Enf^o (a)

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, no qual estou a desenvolver um estudo intitulado *Supervisão Clínica de Estudantes de Enfermagem em Saúde Familiar: Vivências Significativas dos Enfermeiros Supervisores*. Com o objetivo de aferir a perceção dos enfermeiros sobre a supervisão clínica baseada nas suas vivências significativas e identificar as vivências significativas com repercussões positivas ou negativas pelos enfermeiros orientadores de ensinios clínicos de enfermagem nas Unidades de Saúde Familiar. Esta pesquisa está sob a responsabilidade da Enf^a Ana Laura M. de Aviz Branco, aluna do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar da Universidade de Aveiro, sob a orientação do Prof^o Doutor João Filipe F. Lindo Simões. Assinando este Termo de Consentimento você está ciente da participação em uma pesquisa com os objetivos citados anteriormente. Com a presente pesquisa espera-se poder contribuir para ampliar os estudos sob supervisão e ensino em enfermagem. A recolha de dados será realizada individualmente com o enfermeiro orientador em ensino clínico, em uma data específica a ser combinada de acordo com a disponibilidade dos mesmos e da pesquisadora. Cada participante precisará estar presente somente no dia marcado para a realização da colheita de dados individual. Os participantes realizarão a seguinte atividade: responder a um questionário com questões semiestruturadas. Os dados pessoais serão mantidos em sigilo e os resultados da pesquisa serão utilizados apenas para alcançar o objetivo do trabalho, incluindo apresentação em eventos científicos e publicação em revistas especializadas. Os procedimentos a recorrer não envolvem riscos conhecidos e não causam danos a integridade moral dos sujeitos. A participação neste estudo não acarretará nenhum prejuízo ou benefício terapêutico, havendo interesse ou necessidade você pode interromper a sua participação, durante ou ao término do procedimento, sem que, com isso, sofra algum ônus. Esclarecimentos adicionais podem ser obtidos diretamente com a pesquisadora no telefone (351) 910340250 ou via e-mail lauraaviz@gmail.com.

Eu, _____, estou ciente dos objetivos da pesquisa, da qual fui informado de todo procedimento a ser realizado durante a pesquisa, podendo a qualquer momento retirar-me do estudo sem penalidades ou prejuízo

X

Pesquisadora responsável

X

Participante

Aveiro, _____ de _____ 2019

Apêndice 3 – Matriz temática da análise de conteúdo

Apêndice 3 – Tabelas de resultados da análise de conteúdo das entrevistas realizadas

Tabela 1. Resultados da análise de conteúdo para a área temática “Perspetivas do Enfermeiro de Saúde Familiar acerca da supervisão em contexto clínico”

Categorias	Subcategorias	Unidade de registo	F.A.U.R.
Conceções acerca da supervisão clínica em enfermagem	Processo de gestão da aprendizagem do aluno	“gestão do processo e aprendizagem do aluno” (P1) “gestão” (P3) “no fundo é liderar processo de aprendizagem” (P1) “modelar o processo de crescimento do outro” (P1)	4
	Processo de acompanhamento da aprendizagem do aluno	“vamos acompanhar esse processo de ensino no local” (P1) “acompanhar” (P7) “a supervisão clínica acaba por ser um acompanhamento” (P6) “acompanhar, ajudar a retirar dúvidas” (P6) “a supervisão clínica acaba por ser um acompanhamento” (P6) “acompanhar do enfermeiro que terá mais experiência” (P7) “É apoiar o aluno no seu percurso de aprendizagem” (P9) “acompanhar, identificar as dificuldades do aluno” (P1) “fazer um acompanhamento do supervisionado em todas atividades e intervenções” (P9) “acompanhar” (P6)	10
	Processo de orientação do aluno	“orientação” (P2) “Orientar” (P9) “supervisionar o aluno” (P4) “A supervisão clínica é a atividade em que o enfermeiro acaba por supervisionar os alunos” (P7) “supervisionar o aluno” (P4)	5
	Processo de colaboração	“é uma colaboração com elemento que será futuramente nosso colega de trabalho” (P10)	1
	Processo de observação	“a supervisão acaba por ser a observação de alguma coisa que nós estamos á fazer da nossa prática clínica” (P10)	1

	Promoção do raciocínio para a prática autônoma de enfermagem	<p>“promover o raciocínio clínico da pessoa” (P1)</p> <p>“mobilizar conhecimento teórico na prática” (P2)</p> <p>“preparação para aquilo que é a prática de enfermagem” (P5)</p> <p>“ganhar competências na área prática” (P6)</p> <p>“desempenhar de forma autônomas suas atividades” (P7)</p> <p>“dar ferramentas válidas para que eles consigam fazer essa aplicação da teoria que tem na prática” (P5)</p> <p>“é facilitar a aprendizagem e integrar a teoria com a prática” (P9)</p>	7
	TOTAL DA CATEGORIA		28
Conceções acerca da aprendizagem em contexto clínico	Formação do estudante na transição da teoria para a prática	<p>“Formar o outro que estar a nossa responsabilidade” (P1)</p> <p>“no fundo estamos a forma a outra pessoa” (P1)</p> <p>“aprendizagem do aluno” (P1)</p> <p>“mobilizar conhecimento teórico na prática” (P2)</p> <p>“uma vez que punham em prática aquilo que aprendem na teoria” (P6)</p> <p>“fazer está ponte é preciso de uma tutoria” (P8)</p> <p>“os alunos acabam por ter dificuldade em fazer esta transição” (P8)</p> <p>“estamos a ensinar ao mesmo tempo” (P10)</p> <p>“ajuda-lo a transpor a teoria para aquela que é a realidade dos serviços” (P5)</p> <p>“dar ferramentas validas para que eles consigam fazer essa aplicação da teoria que tem na prática” (P5)</p> <p>“ponham em prática aquilo que aprendem na teoria” (P5)</p>	11
	Integração dos estudantes nos serviços de saúde	<p>“integra-los ao nível do serviço” (P4)</p> <p>“pessoa que integra no campo de estágio” (P6)</p> <p>“integrar nos serviços, orientar para as atividades” (P9)</p> <p>“é mais fácil o aluno integrar-se” (P6)</p>	4
	Preparação dos estudantes para a prática	<p>“preparação para aquilo que é a prática de enfermagem” (P5)</p> <p>“Tomar contato com a realidade” (P1)</p> <p>“é potenciar a aprendizagem em contexto da prática clínica” (P9)</p> <p>“Tomar contato com a realidade” (P1)</p> <p>“interessa-nos que ele perceba o que é realmente o dia a dia” (P7)</p>	5

	Criação de um ambiente facilitador da aprendizagem	“é proporcionar um ambiente que favoreça essa aprendizagem” (P9)	1
	TOTAL DA CATEGORIA		21
TOTAL DA ÁREA TEMÁTICA			49

Tabela 2. Resultados da análise de conteúdo para a área temática “Funções do supervisor clínico em enfermagem de saúde familiar”

Categorias	Subcategorias	Unidade de registo	F.A.U.R.
Orientar	Para a aprendizagem	“nós orientamos o aluno na sua formação” (P2) “supervisão clínica é tanto orientar alunos” (P4) “supervisão clínica é a orientação de alunos de enfermagem” (P5) “orientar os alunos na sua aprendizagem” (P8) “orientação” (P2) “Orientar” (P9)	6
	Nas dificuldades	“orientar os alunos nas dificuldades” (P3)	1
	TOTAL DA CATEGORIA		7
Ajudar	Desenvolver Competências práticas	“ajudar que outros consigam ganhar competências na área prática” (P6) “pessoa que ajuda também a ver uma perspetiva diferente da prática clínica” (P6)	2
	Processo de transição	“ajudar o aluno a fazer aquela transição” (P8) “por que as vezes só saber a teoria acaba por ter a dificuldade para ajudar o aluno a fazer aquela transição” (P8) “da ponte entre teoria e a prática” (P8)	3
	Implementar estratégias de melhoria	“ajudar na implementação de estratégias da melhoria do estudante” (P9) “está para ajudar e não dificultar o processo” (P6) “se eu o ajudar dar as ferramentas que eles precisam” (P6) “está ajuda continua de forma de melhorar” (P10)	4
	Mobilizar conhecimentos	“ajudamos a mobilizar conhecimentos” (P2) “ponham em prática aquilo que aprendem na teoria” (P5) “ajudar” (P5) “ajudar a retirar dúvidas” (P6) “ajuda também a pessoa a construir um raciocínio, pensamento mais crítico daquilo que tem presente como prática” (P6) “ajuda-los a encontra-las lá no campo” (P5) “ajudam-nos a trazer alguns instrumentos para fomentar a aprendizagem” (P8) “ajudou um bocadinho com o que eu poderia ter mudado” (P2) “de ajudar e não julgar a pessoa” (P10)	9

		“não haver grande clivagem do que aprende na teoria daquilo que é aplicado na prática” (P1) “supervisionar o aluno e todo o cuidado, tanto a nível teórico, como prático” (P4) “para que eles consigam fazer essa aplicação da teoria que tem para a prática” (P5)	
	TOTAL DA CATEGORIA		18
Avaliar	Prestação	“ter percepção do processo de avaliação” (P6)	1
	TOTAL DA CATEGORIA		1
Acompanhamento	Atividades	“e depois fazer um acompanhamento do supervisionado em todas atividades e intervenções” (P9)	1
	TOTAL DA CATEGORIA		1
Promoção	Autonomia	“dando-lhe autonomia gradual pelo seu nível de aprendizagem” (P9) “não dá a solução para o problema, mais ajuda-lo a encontra-la no campo onde estão inseridos” (P5)	2
	Experiência real	“promover mesmo a experiência” (P1) “Tomar contato com a realidade” (P1)	2
	TOTAL DA CATEGORIA		4
TOTAL DA ÁREA TEMÁTICA			31

Tabela 3. Resultados da análise de conteúdo para a área temática “Perfil do supervisor clínico em enfermagem de saúde familiar”

Categorias	Subcategoria	Unidade de registo	F.A.U.R.
Relações interpessoais	Reflexivo	“deve ser reflexivo” (P4) “promover a reflexão no outro” (P1) “temos que ter essa capacidade de promover a reflexão no outro” (P1) “tem que ter a capacidade de perceber a outra pessoa precisa” (P2)	4
	Empático	“empáticas com os alunos” (P6) “empática, acolhedora” (P9) “Tem que ser empático” (P8) “relação interpessoais” (P9) “é importante também criar relações” (P6) “hoje ela é uma excelente profissional, é alguém que sou amiga também” (P10)	6
	Disponível	“disponibilidade” (P7) “disponibilidade para acompanhar o aluno.” (P7) “deve ser uma pessoa que esteja bastante disponível” (P6)	3
	Rigoroso	“exigente consigo próprio” (P9) “Deve ser rigoroso” (P9)	2
	Humilde	“deve ser humilde também” (P4)	1
	Atento	“capacidade de perceber o que a outra pessoa precisa” (P2)	1
	TOTAL DA CATEGORIA		17

Formação	Supervisão Clínica	<p>“é muito importante ter formação em supervisão clínica” (P1)</p> <p>“tem que ter noções do que é supervisão” (P1)</p> <p>“eu fiz uma formação profissional” (P1)</p> <p>“devíamos ter a formação de supervisão” (P2)</p> <p>“eu penso que deve ter formação na supervisão clínica” (P4)</p> <p>“para sabermos supervisionar o aluno” (P4)</p> <p>“eu acho que a formação em supervisão é fundamental” (P5)</p> <p>“formação na área” (P5)</p> <p>“deu-me ferramentas muito importantes para eu conseguir trabalhar” (P5)</p> <p>“acho que é importante ter supervisão clínica” (P6)</p> <p>“deve ter alguma formação entre pouca ou média ou curta duração, em termos de supervisão” (P7)</p> <p>“acho que tem que ter um curso de supervisão clínica” (P8)</p> <p>“deve ter formação em supervisão/pedagogia/didática” (P9)</p> <p>“deve ter a formação de supervisão clínica” (P10)</p>	14
	TOTAL DA CATEGORIA		14
Conhecimentos	Supervisão Clínica	“bom conhecimento técnico da supervisão” (P1)	1
	Prática baseada na evidência	<p>“conhecedor também da prática” (P8)</p> <p>“que aplica as práticas baseada na evidência” (P9)</p>	2
	Científicos	<p>“Ter bastante conhecimento científico” (P1)</p> <p>“com competências teóricas ou práticas” (P5)</p> <p>“boa formação científica” (P7)</p> <p>“ter um bom leque de conhecimento científico” (P8)</p> <p>“deve estar atualizado no sentido de ensinar a forma mais atual de fazer as coisas”(P8)</p> <p>“rigoridade em termos técnicos ou científicos” (P9)</p> <p>“Ter o conhecimento atualizado” (P3)</p> <p>“deve ser uma pessoa que estuda” (P9)</p> <p>“não é só conhecimento teórico ou científico” (P8)</p> <p>“aumentar seus conhecimentos” (P10)</p> <p>“deve ser alguém com muitos conhecimentos científicos” (P10)</p>	11

		TOTAL DA CATEGORIA	14
Experiência Profissional	Gostar de ser supervisor	“gostar de ser supervisor” (P1) “gostar de ter alunos” (P1)	2
	Competente na prática	“conhecedor também da prática” (P8) “tem que ser competente” (P8) “deve ser facilitador neste aspeto” (P9) “tem que ser alguém com competência teórica ou prática” (P5) “boas práticas de enfermagem” (P1) “experiência profissional” (P7) “atualizar nossa teoria na prática” (P4) “um excelente profissional” (P10)	8
		TOTAL DA CATEGORIA	10
		TOTAL DA ÁREA TEMÁTICA	55

Tabela 4. Resultados da análise de conteúdo para a área temática “Percepção do enfermeiro de saúde familiar acerca das vivências significativas em ensino clínico”

Categoria	Subcategoria	Unidade de registro	F.A.U.R.
Impacto positivo	Situação com significado especial	“É tudo aquilo que traz um significado especial” (P8) “se consegue significância para aquela vivência e cimenta o conhecimento” (P8)	2
	Situação que marca o supervisor	“Deixam marcas mais importante” (P5) “foi a situação de uma aluna que me marcou” (P10) “foi uma das situações que mais me marcou” (P10) “São episódios, passagens, acontecimentos que marcam o supervisor” (P9) “é algo que marca tanto o supervisor quanto o aluno” (P2)	5
	Situação que marca o aluno	“quando nós tentamos que determinada vivência seja significativa para o aluno!” (P8) “a vivência significativa é aquilo que marca a vida do aluno” (P3) “São aquelas experiências que de alguma forma deixam sua marca na aprendizagem do aluno” (P5) “é toda aquela vivência que a pessoa, portanto o aluno está á experienciar” (P1) “é algo que marca tanto o supervisor quanto o aluno” (P2) “o quê que aquilo significou para ele” (P7)	6
	Situação que gera aprendizagem	“eu acho que é isso que traz a aprendizagem” (P8) “sobre as vivências significativas isso torna-se a aprendizagem mais importante” (P9)	2
	Situação que gera reflexão	“é o que vai ser produzido através da reflexão” (P1) “situações que depois vou refletir sobre elas” (P.1) “eu penso que isso que é significativo” (P7) “daquilo que era significativo para eles” (P8) tentei que ele tivesse ali uns minutinhos de reflexão sobre o que tinha acontecido” (P5) “Se nós mos refletir sobre as vivências significativas isso torna a aprendizagem mais importante” (P9)	6
	Situação com impacto na prática	“vivência significativa é da teoria a prática” (P4) “nós levamos o aluno a ficar com uma visão global do que realmente é a prática no contexto” (P7)	2
	TOTAL DA CATEGORIA		23

Impacto negativo	Experiências negativas	“experiências positivas ou negativas” (P5) “é tudo aquilo que traga mais valia, tanto positiva como negativa” (P6) “tive a pouco tempo uma vivência negativa” (P6) “infelizmente é mais fácil lembrar-me das negativas” (P5)	4
	TOTAL DA CATEGORIA		4
TOTAL DA ÁREA TEMÁTICA			27

Tabela 5. Resultados da análise de conteúdo para a área temática “Percepção do enfermeiro de saúde familiar acerca da reflexão em ensino clínico”

Categoria	Subcategoria	Unidade de registo	F.A.U.R.
Reflexão individual	Ajuda a melhorar a prática	“ajuda nós a perfeioar nossa prática” (P4) “sobre o facto de nós refletirmos sobre aquilo que ele marca na prática” (P5) “a reflexão vai nós ajudar” (P6) “eu acho que aquilo que foi muito importante para mim, vou valorizar mais” (P6) “leva a uma melhor analise da situação, para preparar a melhoria das práticas” (P9)	5
	Ajuda na tomada de decisão	“ajuda-nos de forma mais ponderada e mais racional” (P5) “refletir leva ao supervisor poder analisar de outro ponto de vista” (P9) “faz-me refletir para o futuro perceber o que posso mudar” (P6)	3
	Ajuda a melhorar a aprendizagem	“Se nós mos refletir sobre as vivências significativas isso torna a aprendizagem mais importante” (P9) “pedia ao aluno para fazerem um diário” (P8)	2
	TOTAL DA CATEGORIA		10
Reflexão grupal	A partilha da reflexão entre supervisor e aluno	“juntamos as duas e refletimos” (P10) “depois tivemos que refletir juntas” (P10)	2
	A partilha da reflexão em equipa	“acho que até essa partilha deveria ser em equipa” (P3) “acho que deveria ter uma reflexão no final entre a equipa” (P3) “está reflexão é extremamente importante para todos” (P3) “está situação foi confrontada na equipa de enfermagem” (P3) “que acabam por ser benéfica pra equipa de enfermagem”(P3) “aquilo deu uma reflexão entre nós” (P10)	6
	TOTAL DA CATEGORIA		8
TOTAL DA ÁREA TEMÁTICA			18

Tabela 6. Resultados da análise de conteúdo para a área temática “Vivências significativas na supervisão clínica em enfermagem de saúde familiar”

Categorias	Subcategoria	Unidade de registo	F.A.U.R.
Vivências significativas percebidas como negativas	Falta de interesse pela profissão	<p>“tive a necessidade de perguntar realmente se a aluna gostaria de ser enfermeira” (P1)</p> <p>“achei que o aluno não gostava do curso” (P3)</p> <p>“não queria prolongar os estágios” (P6)</p> <p>“para nossa profissão é degradante” (P7)</p>	4
	Avaliação que não corresponde	<p>“Uma aluna não gostou na nota que lhe dei” (P2)</p>	1
	Relacionamento interpessoal negativo	<p>“com muita dificuldade em conectar-se com o outro” (P1)</p> <p>“com desvio de olhar mesmo” (P1)</p> <p>“alguém que não consegue estabelecer uma relação” (P1)</p> <p>“não entrou em conflito comigo, mas quase” (P2)</p> <p>“se ela tivesse achado que eu era má tutora ou supervisora” (P2)</p> <p>“foi decidido trocar de orientador” (P3)</p> <p>“chamar a atenção da professora da escola” (P3)</p> <p>“foi extremamente desagradável e mal-educado e agressivo até para o utente” (P5)</p> <p>“na altura foi extremamente difícil de digerir, não é?” (P5)</p> <p>“ela não conseguiu” (P6)</p> <p>“foi uma situação negativa neste sentido” (P6)</p> <p>“foi uma destas situações mais chata que tive” (P3)</p> <p>“Foi difícil, por que eu não gosto muito de discussão” (P8)</p> <p>“gosto de discutir positivamente as coisas” (P8)</p> <p>“eu lido mal com pessoa muito negativa” (P8)</p> <p>“não estávamos á conseguir orientar o aluno” (P3)</p> <p>“era difícil dela admitir que não poderia estar tão correta” (P8)</p> <p>“não admitir que havia outro ponto de vista da mesma situação” (P8)</p> <p>“muito autoritária com uma outra colega que estava a precisar de ajudar “(P8)</p> <p>“eu não gostei daquela atitude” (P8)</p> <p>“isso dava-lhe uma hiper-confiança que depois era difícil desdobrar” (P8)</p>	25

		<p>“ela na altura teve uma atitude muito auto critica” (P8)</p> <p>“é também a camaradagem o espírito de equipa” (P8)</p> <p>“por que uma equipa é tão boa quando há união e empatia de seus elementos” (P8)</p> <p>“na altura isso foi muito desafiante para mim” (P8)</p>	
	Habilidades práticas negativas	<p>“tive um aluno em termos de técnicas e habilidades no contexto não estava a ser possível orienta-lo” (P3)</p> <p>“então há muito aquela ideia de que nos cuidados de saúde primário, nós fazemos tudo por tarefa” (P6)</p> <p>“as expectativas que ela tinha não foram de acordo com aquilo que era o campo de estágio” (P6)</p> <p>“devia ter uma preparação da parte dela” (P6)</p> <p>“eu acho que as experiências menos significativas nos notamos quando os alunos trazem pouco conhecimento, pouca base científica” (P7)</p> <p>“o que se pretende é que eles façam uma intervenção com base científica solida” (P7)</p> <p>“preparou a vacina, administrou a criança, só que a criança fez resistência um bocado no braço” (P9)</p> <p>“ela teve dificuldade ou receio em administrar na totalidade” (P9)</p> <p>“e administrou só a metade da vacina e depois pega a vacina e coloca no contentor de resíduos” (P9)</p> <p>“mostrou-me como ela tinha feito administração dessa medicação” (P10)</p> <p>“vimos que ela tinha feito a dose incorreta” (P10)</p>	11
	TOTAL DA CATEGORIA		41
Vivências significativas percecionadas como positivas	Desempenho positivo	<p>“ela fez uns trabalhos teóricos” (P6)</p> <p>“fez informações internas no serviço” (P6)</p> <p>“foi necessário fazer estas informações na área de planeamento familiar” (P6)</p> <p>“me deixaram com uma grande satisfação de trabalhar com eles” (P5)</p>	4
	Identificação com a área de prestação de cuidados	<p>“ela disse que iria continuar no 4º ano com aquele estágio que é opcional” (P1)</p> <p>“e ela disse, que gostava de continuar nos cuidados primário” (P1)</p> <p>“por ter uma boa experiência nos cuidados de saúde primários” (P1)</p>	3

	Relacionamento interpessoal positivo	“foi bastante positivo” (P1) “neste sentido fico muito gratificada quando tenho alunos” (P1) “por minha causa” (P1) “olha que fica assim, uma coisa extremamente positiva” (P3) “uma aluna do 1º ano que me deixou um bilhetinho” (P3) “foi bastante positivo para ela também” (P4) “ela ajudou-nos muito neste sentido” (P6) “tanto a criar neste momento para a unidade de saúde familiar” (P6) “estas informações foram muito benéficas” (P6) “gosto imensos ter alunos” (P1) “também tem muito haver com o otimismo” (P6) “alunos que de uma forma geral me criam ao longo dos estágios circunstâncias positivas” (P5) “pela competência, pela postura durante o ensino clínico, pela relação com os utentes” (P5) “Traz-nos sempre satisfação” (P5) “por que nós estamos em estágios e realmente temos algo a aprender” (P10) “o que me fascina é quando eles, o colega vem com ideias diferentes” (P10)	16
	TOTAL DA CATEGORIA		23
TOTAL DA ÁREA TEMÁTICA			64

Tabela 7. Resultados da análise de conteúdo para a área temática “Aprendizagens nas vivências significativas na supervisão clínica em enfermagem de saúde familiar”

Categoria	Subcategoria	Unidade de registo	F.A.U.R.
Para o supervisor	Autorreflexão	“eu sinto que quando estou com alunos faço raciocínio a mim própria” (P1) “quando tenho alunos eu faço atualização permanente das práticas e uma reflexão sobre mim própria” (P1) “estar a fazer sempre uma reflexão sobre minhas práticas” (P1) “refletir sobre a ação” (P1) “refletir sobre o que que eu colhi dessa ação” (P1)	5
	Manter atividade mental	“Primeiro a vivência de ter alunos faz-nos manter ativo” (P1)	1
	Melhorar Práticas	“o quê que eu posso melhorar nas minhas práticas” (P1) “Temos sempre possibilidade de melhorar” (P2) “melhorei acho que sim” (P2)	3
	Desenvolver conhecimentos	“que as vezes também é necessário a gente rever alguns conceitos” (P4) “é preciso uma aprendizagem constante e contínua no tempo” (P7)	2
	Aprender com os alunos	“não são os alunos que aprendem, nós também aprendemos com eles” (P3) “eu acho que eles deixam sempre sementinhas nas nossas unidades” (P3) “são coisas pequeninas que ficam nos serviços” (P3) “Eu aprendo imenso com os alunos” (P10)	4
	TOTAL DA CATEGORIA		15

Para o aluno	Desenvolver conhecimentos	“valorizar-lhe sobretudo esta questão científica” (P7) “ela ajudou-nos muito neste sentido” (P6) “tanto a criar neste momento para a unidade de saúde familiar” (P6) “estas informações foram muito benéficas” (P6) “é com a vontade com que o aluno vem para poder trabalhar” (P6) “ele consegue até muitas vezes mais do que aquilo se tinha proposto” (P6)	6
	TOTAL DA CATEGORIA		6
TOTAL DA ÁREA TEMÁTICA			21

ANEXOS

Anexo 1- Parecer da Comissão de Ética da Universidade de Aveiro



Comissão Permanente para os Assuntos de Investigação (CPAI)

Parecer nº: 26/2018 (Extrato)

Requerente: João Filipe Lindo Simões (UA)

Título do Projeto: “Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem em Saúde Familiar: vivências significativas dos Enfermeiros Supervisores”

Orientador e Investigador responsável: Doutor João Filipe Lindo Simões

Equipa de Investigação:

- Doutor João Filipe Lindo Simões (UA);
- Ana Laura M. de Aviz Branco (Enfermeira, Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar)

Enquadramento Institucional: Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Relator: Doutor Jorge Carvalho Arroiteia

Relatores Adjuntos: Doutora Paula Cristina M. S. Pereira; Professor António Rocha Andrade, Doutor Jorge Frade, Doutor Armando J. Formoso de Pinho.

II. Parecer

a. Fundamentação

1. A proposta relativa ao projeto apresenta-se devidamente fundamentada quanto aos participantes, aos objetivos do estudo, à metodologia de recolha, tratamento de dados e bibliografia;
2. Estão asseguradas as questões éticas associadas ao desenvolvimento, à privacidade e à divulgação dos resultados do estudo;
3. Estão contemplados os procedimentos a seguir, nomeadamente no que respeita à recolha da informação e ao seu destino;
4. Acompanhamento do desenvolvimento do projeto pela equipa de investigação.

De acordo com exposto a proposta respeita os princípios de ética neste género de investigação na medida em que o estudo:

1. Salvaguarda o consentimento informado dos participantes;
2. Salvaguarda a intervenção voluntária dos intervenientes;
3. Os dados recolhidos no projeto são analisados pela equipa de investigação, mantendo-se confidenciais e anónimos sendo destruídos no termo do estudo;
4. Assegura a utilização de instrumentos não invasivos;

b. Sugestões e Recomendações

Solicita-se que em todos os procedimentos seja respeitada a legislação nacional e europeia relativa à Proteção dos Dados Pessoais.

c. Conclusão

A Comissão Permanente do Conselho de Ética, constituída pelos ora Relatores, após apreciação da documentação recebida e atendendo aos procedimentos descritos no estudo de investigação, considera que a realização do projeto “Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem em Saúde Familiar: vivências significativas dos Enfermeiros Supervisores”, merece **parecer favorável**.

Aveiro, 6 de novembro de 2018